



UNIVERSITA' DI PISA

Dottorato di Ricerca in
“Esplorazione Molecolare, Metabolica e Funzionale del Sistema
Nervoso e degli Organi di Senso”

***L'insonnia nella prospettiva dello spettro:
studio psicometrico trasversale della
fenomenica psicopatologica in un campione di
pazienti con Insonnia Primaria rispetto a un
campione con Insonnia Secondaria a disturbi
della sfera affettiva***

S.S.D. M-PSI/02
M-PSI/08

Candidato
Dott.ssa Silvia Pratali

Tutor
Dott. Angelo Gemignani

Direttore Programma
Chiar.mo Prof. Luigi Murri

RIASSUNTO

Introduzione

I profondi legami tra i disturbi del sonno ed alcuni eventi psicopatologici, in particolare dell'ansia e dell'umore, sono noti sin dall'antichità. Se da un lato la letteratura psichiatrica ha largamente evidenziato l'ubiquitarietà dell'insonnia nei disturbi psichici dall'altro la letteratura ipnologica suggerisce che l'insonnia facilita l'insorgenza di un disturbo d'ansia o dell'umore cosicché ad oggi il legame tra insonnia e disturbi psichici sembra essere quello di una mutua facilitazione. L'insonnia primaria è comunque considerata al momento un'entità clinica indipendente anche se il dibattito tuttora è aperto sul fatto che debba considerarsi invece una manifestazione sottosoglia di un disturbo d'ansia e dell'umore.

Scopo della tesi

Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di valutare la presenza di componenti psicopatologiche nell'insonnia primaria, definita in accordo con i criteri diagnostici del DSM IV TR.

Materiale e Metodi

Sono stati valutati, presso il centro di Medicina del Sonno e del Sogno di Pisa, 130 soggetti con un disturbo del sonno, di entrambi i sessi (M= 55; F= 75) e di età compresa tra i 18 e i 60 anni (età media 50 anni). 55 soggetti presentavano un disturbo configurabile come Insonnia Primaria (Gruppo 1) e 75 come Insonnia Correlata ad un disturbo d'ansia o dell'umore (Gruppo 2). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad una valutazione psicopatologica e ipnologica mediante la somministrazione di scale psicometriche standardizzate per la valutazione dei disturbi dell'umore (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D), d'ansia (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A), ossessivo compulsivo (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS), agorafobico (Agoraphobia Rating Scale, ARS) e fobico sociale (Liebowitz Social Phobia Scale, LSPS), nonché alla valutazione dei disturbi del sonno (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI).

I risultati delle scale sono stati analizzati con diverse metodologie statistiche quali, tra l'altro l'analisi delle classi latenti (LCA) che permette di evidenziare cluster di pazienti a partire dalla somiglianza dei pattern di presentazione dei sintomi e l'analisi fattoriale.

Risultati

Da questo lavoro emergono alcuni risultati principali:

- 1) la gravità dell'insonnia misurata con il PSQI non è diversa nei pazienti con insonnia primaria rispetto a quelli con insonnia secondaria. Tale dato emerge sia dal confronto diretto delle medie che con la analisi delle LCA: le due classi emerse dall'analisi sul PSQI non presentano una distribuzione diversa tra insonni primari e secondari;

- 2) la gravità dell'insonnia non è neppure in relazione alla tipologia cronologica dell'insonnia: nel nostro campione i tre tipi di insonnia presi in considerazione non si ripartiscono in modo differente nelle due classi di gravità;
- 3) l'analisi fattoriale ha messo in evidenza 4 fattori di psicopatologia nel campione: Fobico, Ansioso-depressivo, Patofobico, Ossessivo.
- 4) sia l'analisi di confronto diretto tra i gruppi che l'analisi fattoriale che l'analisi delle LCA sulle scale di ansia e depressione mette in relazione una differenza tra gli insonni primari e gli insonni secondari: quest'ultimo gruppo presenta, come ci si aspettava, un maggiore carico psicopatologico;
- 5) la tipologia cronologica dell'insonnia iniziale è maggiormente legata al fattore ossessivo, mentre, al contrario delle osservazioni classiche né la diagnosi di depressione né il fattore ansioso-depressivo sembrano essere in relazione ad una specifica cronologia di insonnia;
- 6) il fattore ansioso-depressivo predice la gravità dell'insonnia misurata con il PSQI indipendentemente dalla diagnosi di insonnia (primaria o secondaria): una quota di disturbi psicopatologici è quindi comunque presente in caso di insonnia e sembra essere in relazione con la gravità percepita del disturbo.

Conclusioni

In conclusione questo lavoro di tesi mette in evidenza che anche i pazienti con insonnia primaria presentano un carico psicopatologico, contribuendo, quindi, a rendere più sfumati i limiti della distinzione tra insonnia primaria e insonnia secondaria. Insieme alla nozione ormai universalmente accettata che l'Insonnia primaria sia un fattore di rischio per depressione e ansia, i nostri dati suggeriscono la possibilità di considerare alcune forme di Insonnia Primaria come elementi paucisintomatici di una fenomenica di spettro psicopatologico.

SUMMARY

Introduction

The close links between sleep disorders and psychopathology, particularly anxiety and mood disorders, has been known since ancient times. While the psychiatric literature has largely emphasized the ubiquity of insomnia in psychiatric disorders sleep-related research suggests that insomnia fosters the onset of anxiety or mood disorder till the idea that insomnia and mental disorders can mutually facilitate each other. The primary insomnia is, however, still considered an independent clinical entity even if the debate is still open if it has rather to be considered a manifestation of a subthreshold anxiety and mood disorder within the broader concept of spectrum disorders.

Aim of the study

The purpose of this study is to assess the presence of psychological components of primary insomnia, defined according to the DSM IV TR. 130 subjects with a sleep disorder at the center of Sleep Medicine and the Dream of Pisa were evaluated, (males = 55, females = 75), age 18 - 60 years (average age 50 years). 55 subjects had a disorder can be configured as Primary Insomnia (Group 1) and 75 as Insomnia Related to a mood or anxiety disorder (Group 2). Both groups were subjected to a psychopathological assessment by psychometric standardized scales for assessing mood (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D), anxiety (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A), OCD (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS), agoraphobic (Agoraphobia Rating Scale, ARS) and social phobia (Liebowitz Social Phobia Scale, LSPs), and the assessment of sleep disturbances (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI).

Data were analyzed with different statistical tests including Latent Class analysis (LCA), which clusterizes groups of patients on the base of patterns of symptoms, and Factorial analysis.

Results

This work highlights some key findings:

- 1) the severity of insomnia as measured by the PSQI does not differ in patients with primary insomnia compared with those with secondary insomnia.
- 2) the severity of insomnia does not differ even among different type of insomnia chronology: in our sample the three types of insomnia taken into account (initial, terminal and global) are equally distributed in the two classes of severity,
- 3) factorial analysis highlights 4 factors: phobia, anxiety-depression, illness-phobia, obsessive,
- 4) either the comparison of the scales between the groups, either the factor analysis either the LCA on scales of anxiety and depression shows differences between primary insomnia and secondary insomnia: the latter group has, as expected, a greater load of psychopathology;
- 5) the chronological type of insomnia defined as initial is more related to the Obsessive factor, while, in contrast to the observations or the diagnosis of

classical Depression or anxiety-depression factor seem to be related to a specific history of insomnia,

6) anxiety-depression factor predicts the severity of insomnia as measured by the PSQI, regardless of the diagnosis of insomnia (primary or secondary): a psychopathological load is therefore present also in case of primary insomnia and seems to be related to the perceived severity of the disorder.

Conclusion

In our opinion, the fact that patients with primary insomnia present a load of psychopathology highlights the limits of the distinction between primary insomnia and secondary insomnia. Together with the fact that insomnia is considered a risk factor for depression and anxiety, our data suggest that some forms of primary insomnia should be considered as a part of the spectrum of psychopathological conditions.

INDICE

Riassunto

| | |
|---|----|
| 1. Introduzione | 1 |
| Definizione dell'insonnia | 1 |
| Insonnia Primaria | 2 |
| Disturbi del sonno correlati a disturbi d'ansia e dell'umore | 11 |
| I problemi nella tassonomia dell'insonnia primaria e dell'insonnia secondaria | 17 |
| Obiettivo dello studio | 31 |
| Schema cronologico di acquisizione dati e di stesura dell'elaborato finale | 31 |
| 2. Metodi | 32 |
| 3. Risultati | 39 |
| 4. Discussione | 52 |
| 5. Bibliografia | 61 |
| 6. Appendice 1 e 2 | 66 |
| 7. Ringraziamenti | |

1. INTRODUZIONE

Definizione dell'insonnia

Il termine insonnia viene usato in modi molto diversi nella letteratura popolare ma anche medica.

L'insonnia viene spesso descritta da un'evidenza polisonnografica, per cui la presenza di una latenza di sonno prolungata, risvegli notturni frequenti o un tempo di veglia o un'attivazione autonoma prolungati durante il periodo del sonno vengono presi come chiari segnali di insonnia (Sateia e coll., 2000). Dal punto di vista clinico, anche ripreso in parte dalla terminologia non scientifica, assume anche rilevanza come insonnia, la situazione in cui il paziente esprime un soggettivo disagio o difficoltà con il proprio sonno e le sue proprietà ristoratrici. L'insonnia infatti viene considerata un disturbo nella misura in cui tale condizione è associata a delle conseguenze negative, e queste conseguenze rappresentano una sorta di risposta patologica (Roth, 2007). Indipendente dalla tassonomia di riferimento sono state descritte le caratteristiche cliniche che di norma caratterizzano l'insonnia: 1) difficoltà a prendere sonno, stare sveglio o avere un sonno non ristoratore; 2) tale difficoltà si presenta nonostante ci siano le condizioni e le circostanze adeguate; 3) alla deprivazione di sonno corrisponde una vita diurna caratterizzata da difficoltà lavorative e sociali; 4) le difficoltà si verificano con una frequenza di tre volte alla settimana e permangono per almeno un mese (Roth, 2007). Nei sistemi tassonomici di riferimento, che verranno approfonditi successivamente, pure nelle differenze, si riscontra una separazione netta e comune, almeno dal punto di vista concettuale tra i disturbi primari (o intrinseci) del sonno e i disturbi secondari (o estrinseci). Nel primo caso il disturbo clinico interessa primariamente il sonno: nel caso della nostra ricerca l'insonnia è conseguenza di una anomalia direttamente e primariamente legata al sonno e ai meccanismi che lo sottendono. Nel secondo caso il disturbo del sonno

è causato o quanto meno è in relazione con una causa esterna al sonno. Nel nostro caso l'insonnia deriva da un fattore o causa esterna che perturba il sonno.

Insonnia Primaria

Kayukawa (2009) ricorda come l'insonnia primaria sia relativamente comune. L'autore individua questo tipo di insonnia come la difficoltà ad addormentarsi (insonnia iniziale), difficoltà a mantenere il sonno (risvegli notturni e nelle prime ore del mattino) o sonno non ristoratore; problemi che persistono per più di tre settimane al di là del fatto di avere adeguate opportunità di riposo con conseguenti prestazioni disfunzionali durante il giorno. L'insonnia primaria non è sostenuta da un disturbo di ordine medico o psichiatrico o dall'uso di sostanze. E' ancora Kayukawa a ricordare che l'insonnia primaria non è in relazione ad altri disturbi organici, non ha una sua eziologia accertata e ha una epidemiologia che interessa in maniera predominante le donne di mezza età. Anche Kayukawa, in accordo con Roth e Roehrs (2003), condivide la teoria dell'iperattivazione. E' dunque possibile che nell'immediato futuro il sonno non ristoratore venga escluso dalla definizione di insonnia primaria.

Per lo stesso motivo è difficile fornire una corretta prevalenza dell'insonnia primaria nella popolazione generale. Stimare la prevalenza dei disturbi del sonno e in particolare dell'insonnia non è semplice, in quanto essa è in certa parte dipendente dai criteri tassonomici utilizzati per stabilire la diagnosi sulla popolazione studiata. Approssimativamente, comunque, in un campione di soggetti adulti provenienti da diversi paesi, il 30 % riferisce di avere uno o più sintomi correlati a insonnia: difficoltà a prendere sonno, difficoltà a mantenere il sonno, risveglio precoce al mattino e cattiva qualità del sonno o, comunque, non ristoratore (Ancoli-Israel & Roth, 1999).

Nei centri specializzati in disturbi del sonno nel 15-25% dei soggetti con insonnia cronica viene fatta diagnosi di Insonnia Primaria.

Il genere e l'età sembrano essere importanti fattori di rischio di insonnia (Guazzelli e Gemignani, 1998); così il genere femminile e l'età andrebbero a costituirsi come fattori di rischio, come riportato dallo State of the Science Conference (2005). Mentre Katz e McHorney (1998) e Ford e Kamerow (1989) sono d'accordo nel sostenere che l'aspetto legato all'età potrebbe essere attribuito alla comorbidità con una condizione medica o psichiatrica, nelle donne l'ulteriore fattore di rischio potrebbe essere dovuto alla menopausa (Johnson e coll., 2006). I giovani adulti più spesso lamentano difficoltà di addormentamento, mentre gli adulti di mezza età e anziani sono più soggetti ad avere difficoltà riguardanti il mantenimento del sonno e il risveglio mattutino.

Alcuni fattori psicosociali sembrano favorire l'insorgenza dell'insonnia primaria, come la separazione nel sesso femminile e il basso livello di istruzione nel sesso maschile (Berk, 2009). L'avanzamento dell'età sembra influire su entrambi i sessi e molti soggetti anziani soffrono di insonnia. Uno stile di vita irregolare o lavorare di notte con turni non ordinari possono rappresentare altri fattori di rischio per incorrere in un disturbo del sonno (Roth & Roehrs, 2003). E' utile ricordare che tutti questi fattori non causano insonnia indipendentemente l'uno dall'altro, ma concorrono a favorirla in quegli individui con una predisposizione ad un disturbo del sonno. Le malattie croniche, infatti, rappresentano un importante fattore di rischio per l'insonnia e viceversa. E' stimato, infatti, che il 75-90% delle persone che soffrono di insonnia abbia una maggiore predisposizione ad incorrere in un disagio di ordine medico, come intestino irritabile, reflusso gastroesofageo, condizioni di dolore e disturbi neurodegenerativi (Bellini e coll., in press; Katz & McHorney, 1998).

Le comorbidità più spesso associate all'insonnia sono quelle relative ai disordini psichiatrici. McCall (2001) asserisce che il 40% dei pazienti con insonnia primaria soffre anche di una condizione psichiatrica. Tra queste, la depressione è la più comune: ovviamente anche in questo caso ci si pone il problema di come considerare un'insonnia primaria una condizione in cui siano presenti comorbidità psichiatriche poiché l'insonnia stessa rappresenta un sintomo diagnostico per disturbi di ordine affettivo e ansioso (Ancoli-Israel, 2006). A

questo proposito il DSM-IV-TR, per esempio, prevede che l'insonnia secondaria ad un disturbo psichiatrico sia strettamente legata al disturbo mentale in termini di insorgenza, di severità e di decorso ammettendo di fatto la possibilità anche di due disturbi separati in comorbidità. Tuttavia è chiaro che applicare il criterio di discriminazione proposto dal DSM risulta spesso assai difficile e poco riproducibile.

Secondo il DSM-IV “....gli individui con Insonnia Primaria possono avere anche una storia di disturbi mentali, in particolare dell'Umore e d'Ansia...Viceversa l'alterazione cronica del sonno che caratterizza l'insonnia primaria costituisce un fattore di rischio o forse un sintomo precoce di disturbo dell'ansia o dell'umore...” Il DSM-IV, in sintesi, sottolinea che i pazienti che sviluppano insonnia primaria sono soggetti che possono presentare in anamnesi positiva per disturbi psichici una risposta maladattiva ad eventi stressanti e il perpetuarsi dell'insonnia può favorire l'insorgenza di un disturbo psichico con “deterioramento dell'umore”.

Al di là dei sintomi notturni, numerosi studi mostrano che pazienti affetti da insonnia primaria riportano un significativo decremento della funzionalità giornaliera (Leger e coll., 2001; Hatoum e coll., 1998), con deficit in diversi ambiti di tipo emozionale, sociale e fisico, con una gravità simile a quella riscontrata in altri disturbi cronici. Essi infatti descrivono difficoltà di memoria, concentrazione, attenzione. Inoltre questi pazienti possono incorrere più facilmente in incidenti stradali (Hatoum e coll., 1998), ricorrono in maniera significativamente maggiore alle visite mediche, agli esami di laboratorio, all'assunzione di farmaci e hanno dimostrato un aumentato rischio di patologia cardiovascolare (Lalli & Fionda, 1994). Una condotta terapeutica errata o la tendenza all'autoprescrizione possono favorire un impiego inadeguato di ipnotici per facilitare il sonno o il ricorso all'alcol, come pure l'impiego di caffè o eccitanti per vincere la sonnolenza. Pertanto possono crearsi i presupposti per una condizione di abuso e dipendenza e facilitano la cronicizzazione dell'insonnia. L'insonnia primaria tende in effetti ad avere un andamento cronico. Se metà della popolazione adulta fa esperienza di un disturbo del sonno

diverse volte nella vita ben un terzo di essa riporta che la durata dell'insonnia è maggiore ad un anno ed un 40% di insonni dichiara che ne soffre da più di 5 anni (Roth & Roehrs, 2003).

Lo studio di Harvey e coll. (2008) mette in luce la variabile relativa alla qualità del sonno, come predittore dello stato umorale in pazienti che almeno tassonomicamente appartengono alla categoria degli insonni primari.

La buona qualità del sonno è infatti inserita nell'ambito di aspetti positivi quali la buona salute, meno sonnolenza durante il giorno ed un più generale benessere e funzionamento psicologico (Hyypä e Kronholm, 1989). La scarsa qualità del sonno è, invece, un aspetto che predispone all'insonnia cronica (Edinger e coll., 2004). Sebbene il concetto sia ormai ampiamente accettato e condiviso il suo significato non è ancora pienamente compreso. Buysse e coll. (1989) definiscono la qualità del sonno come quel complesso fenomeno che è difficile da capire e da misurare oggettivamente. Similmente, la qualità del sonno non è direttamente associata alla quantità del sonno. Per esempio, in letteratura è diffuso che il sonno auto-riferito non correla bene con il sonno definito dalla polisonnografia (Moul e coll., 2002). Edinger e coll. (2000), infatti, distinsero tra due gruppi: l'insonnia di un gruppo che incontrava i criteri per insonnia ma riportavano un sonno normale/non disturbato alla polisonnografia e un gruppo di buoni dormitori che incontravano i criteri per il "normale dormitore", ma aveva un sonno oggettivamente disturbato. Furono evidenziate delle caratteristiche psicologiche che distinguevano i due gruppi: il gruppo degli insonni mostrava umore depresso, ansia e opinioni sul sonno disfunzionali. Queste scoperte mettono in luce la complessità della qualità del sonno e l'importanza di capire il significato soggettivo che viene dato a questo concetto: più fattori contribuiscono a costituire i correlati del sonno da un punto di vista qualitativo. Per facilità di descrizione gli autori suddividono in tre clusters suddetti fattori: il primo vede lo studio delle correlazioni fra qualità del sonno percepita e parametri del sonno misurati con la polisonnografia. Il quadro che emerge è che la scarsa qualità del sonno sembra essere associata ad un sonno ridotto nelle fasi 3 e 4 del sonno

NREM. Il secondo raccoglie altri studi che hanno valutato l'associazione tra qualità del sonno e la soggettiva percezione dei parametri del sonno. I risultati suggeriscono che la qualità del sonno è associata ad un soggettivo benessere nella fase iniziale del sonno (Keeklund e coll., 2003), mantenimento dello stesso (Keeklund e coll., 1997; Webb e coll., 1976), tempo complessivo del sonno (Bastien e coll., 2003), e risveglio precoce al mattino (Keeklund e coll., 1997; Webb e coll., 1976). Anche la mancanza di riposo durante la notte, inoltre, i movimenti durante il sonno, l'ansia, la tensione quando un individuo tenta di addormentarsi, sono tutti aspetti associati alla qualità del sonno. La percezione, inoltre, di un sonno profondo sembra essere associato ad una alta qualità dello stesso (Ellis e coll., 1981). Molti studi hanno anche esaminato le correlazioni tra la qualità del sonno e le sensazioni al risveglio e durante il giorno, per cui risulterebbe che sensazioni di stanchezza predicano una più bassa qualità del sonno, mentre maggiore allerta porta ad una qualità del sonno più alta (Gemignani e coll., 2009; Argyropouluse e coll., 2003). Allo scopo di individuare gli aspetti correlati alla qualità del sonno è stato considerato il significato che a questa viene dato dal gruppo dei soggetti con insonnia e dal gruppo dei dormitori normali, presi in esame da Harvey e coll. (2008). Entrambi i gruppi hanno considerato la sensazione di riposo al risveglio, e lo stato di attivazione percepito durante l'arco di tutta la giornata, come fattori utili per stimare gli aspetti che rappresentano la qualità del sonno. Nella compilazione del questionario utilizzato per questo studio (The Sleep Quality Index) il gruppo con insonnia ha ritenuto 3, delle 4 variabili del test – 1) “quanto dormi bene”; 2) “difficoltà nel prendere sonno”; 3) “sonno non ristoratore”; 4) “risveglio precoce al mattino senza la capacità di riaddormentarsi” - più importanti per giudicare la qualità del sonno rispetto al gruppo dei dormitori normali. Il primo gruppo, inoltre, ha riportato un punteggio più alto (indicando, cioè, una qualità del sonno peggiore) rispetto all'altro gruppo (Tabella 1).

| The Sleep Quality Index | Insonni N= 25 | Normali dormitori N=28 | P* < 0.01, P** < 0.001. |
|--|---------------|---------------------------|----------------------------|
| Quanto dormi bene | 3.31 (0.49) | 3.81 (0.51) | -3.61* |
| Difficoltà nel prendere sonno | 3.61 (0.80) | 4.12 (0.52) | -2.74* |
| Sonno non ristoratore | 3.57 (0.74) | 4.09 (0.49) | -2.97 |
| Risveglio precoce al mattino senza la capacità di riaddormentarsi | 3.71 (0.73) | 4.47 (0.59) | -4.17** |
| Totale | 14.20 (2.24) | 16.49 (1.57) | -4.37** |

Tabella 1: Sleep Quality Index. Variabili per il gruppo degli insonni ed il gruppo dei normali dormitori

I soggetti con insonnia primaria possono presentarsi affaticati e afflitti e vi può essere associata un'aumentata incidenza di problemi psicofisiologici correlati allo stress come cefalea da tensione, aumento di tensione muscolare. Con il tempo i pazienti, secondo il manuale, tendono a sviluppare un timore pervasivo di non riuscire a dormire e delle preoccupazioni eccessive sugli effetti diurni dell'insonnia, che innescano un circuito vizioso, per cui si incrementa la loro difficoltà di coping di fronte agli eventi stressanti e possono acquisire comportamenti inadeguati da un punto di vista dell'igiene del sonno (sonnellini pomeridiani, lunghi periodi a letto, irregolarità degli orari di addormentamento e di risveglio) e deterioramento dell'umore, della motivazione, diminuzione dell'energia e dell'attenzione. A causa della presenza di sintomi diurni (sonnolenza e affaticabilità) e delle pervasive preoccupazioni concernenti il sonno, sembrano conseguire difficoltà nelle relazioni interpersonali sia familiari che sociali, con disagio clinicamente significativo o menomazione sociale e lavorativa.

Relativamente alla diagnosi, che come detto influenza anche la determinazione della prevalenza, due sono i principali manuali utilizzati oggi per definire e classificare le insonnie primarie: l'uno nasce nell'ambito della medicina del sonno, l'International Classification of Sleep Disorders (ICSD,1990); l'altro, già nominato, nell'ambito dell'approccio categoriale ai disturbi psichiatrici, il

Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi psichiatrici (DSM-IV/TR, 2002) (Appendice 1).

Secondo il DSM questa si manifesta in età giovane/adulta con una difficoltà a iniziare o a mantenere il sonno o nella sensazione di sonno non ristoratore, che si protrae per oltre un mese (Criterio A), con evidenti ripercussioni negative sul benessere psicofisico, la vita sociale o lavorativa dell'individuo (Criterio B). Nonostante venga esclusa ogni forma di legame con i disturbi psichiatrici lo stesso manuale indica che l'insonnia primaria si manifesterebbe in risposta ad uno stress emotivo di natura psicologica, sociale o medica. Inoltre come già detto non esclude per l'insonnia primaria la possibilità di una anamnesi positiva per disturbo mentale. La risposta maladattiva al fattore stressante sarebbe poi in grado di permanere anche dopo la risoluzione degli eventi scatenanti per l'instaurarsi di un'iperattività psicofisiologica notturna e di condizionamenti negativi verso il sonno e l'ambiente che contribuirebbero così al perpetuarsi del disturbo. L'insonnia secondo il manuale sembra esordire bruscamente: talora i pazienti riferiscono una tendenza ad un sonno leggero e facilmente disturbabile. Il soggetto può presentare difficoltà ad addormentarsi (*insonnia iniziale*), frequenti e brevi risvegli notturni o un unico risveglio prolungato (*insonnia centrale*), un risveglio mattutino precoce (*insonnia terminale*) o più frequentemente una combinazione di insonnia iniziale e centrale. La polisonnografia può dimostrare scarsa continuità del sonno, aumento dello stadio 1 e degli stadi 3 e 4 del sonno, aumento della tensione muscolare. Tuttavia i correlati polisunnografici non sono da considerarsi specifici né diagnostici. Recenti studi riportano che l'insonnia cronica non predice un esame del sonno con EEG scarso (Rosa e Bonnet, 2000).

L'ICSD, come detto, identifica invece tre forme di insonnia primaria all'interno delle cosiddette dissonnie intrinseche: l'insonnia psicofisiologica, l'insonnia idiopatica e il disturbo da mispercezione del sonno.

L'Insonnia Psicofisiologica viene definita come "un disturbo da somatizzazione della tensione con associazioni condizionate che ostacolano il sonno, che esita in una lamentela di insonnia e diminuito funzionamento diurno ad essa associato".

Generalmente insorge in seguito ad un periodo in cui si manifesta una risposta maladattiva ad eventi stressanti, in cui il sonno si riduce. In questo caso tutta l'attenzione del paziente sarebbe centrata sulla sua incapacità a dormire. In questi pazienti, si sono riscontrati profili psicologici abnormi, con caratteristiche di malessere, diffidenza, meccanismi di difesa quali l'annullamento e il diniego, secondo quanto affermato da alcuni autori (Lalli & Fionda, 1994). Essi affermano anche che si può in qualche maniera constatare la continuità esistente tra questo disturbo ed altre situazioni, quali una cattiva igiene del sonno, la distimia, il disturbo di ansia generalizzato e l'insonnia idiopatica.

L'Insonnia Idiopatica viene descritta dall'ICSD come "una forma ad esordio infantile, incapacità ad ottenere un sonno adeguato, presumibilmente dovuta ad una anomalia del controllo neurologico del ciclo sonno veglia". Questo può portare ad un graduale deterioramento dell'umore, della motivazione, dei livelli di energia, della concentrazione e dell'aumentata faticabilità. Si tratta di una forma di insorgenza in età infantile, raramente osservabile nella sua forma pura. L'insonnia idiopatica tende a persistere per tutta la vita rappresentando un disturbo di una certa serietà che non può essere spiegato sulla base di un trauma infantile o di un disturbo di natura somatica o psichica. Naturalmente esiste la possibilità di una sovrapposizione o comunque di una continuità tra i vari quadri, per cui un'insonnia idiopatica può essere aggravata da vari fattori che possono essere rappresentati da una cattiva igiene del sonno, condizionamenti negativi o disturbi di natura psichiatrica.

Il disturbo da Mispercezione del Sonno appare come "un disturbo in cui la lamentela per l'insonnia o per l'eccessiva sonnolenza avviene in assenza di una evidenza oggettiva di un sonno disturbato". C'è quindi una situazione di discrepanza tra il disturbo della qualità e della quantità del sonno percepito soggettivamente e lamentato dal paziente e la compromissione effettiva del sonno rilevabile oggettivamente con la polisonnografia. Viene definito nella tassonomia classica "ipocondria del sonno" e viene considerato come il risultato di un disturbo di ansia o di depressione non trattata e potrebbe suggerire la possibilità che a favorire un disturbo del sonno primario possa essere un disturbo

psichiatrico della sfera affettiva. Complessivamente questo disturbo sembra riguardare almeno il 15% dei pazienti sofferenti di insonnia. In effetti spesso, oggettivamente, non si riscontrano disturbi che siano all'altezza della gravità lamentata dal paziente: se ne deduce l'esistenza di una qualche tendenza da parte del soggetto sofferente di insonnia a sottostimare la qualità del proprio sonno e a sovrastimare il tempo passato a letto da sveglio. Attualmente non si è ancora in grado di individuare quali siano i fattori che intervengono nella valutazione soggettiva della qualità e della quantità del proprio sonno. (Tabella 9 e Tabella 10 in Appendice).

Disturbi del sonno correlati a disturbi d'ansia e dell'umore

L'insonnia correlata ad un disturbo mentale è il tipo d'insonnia più frequente (Gemignani, 2005; Guazzelli e Gentili, 2008) e rappresenta il 46% delle insonnie. L'insorgenza dei disturbi del sonno precede e accompagna gli episodi di depressione maggiore. La risoluzione dell'insonnia sembra preannunciare la risoluzione dell'episodio e l'eventuale insonnia residua sembra costituirsi come fattore di rischio per una ricaduta. Almeno il 65% dei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore riporta uno dei seguenti disturbi del sonno: difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli notturni, risveglio molto precoce al mattino (Gemignani e Guazzelli, 2005; Guazzelli e Gentili, 2008). Per molti pazienti quindi il risveglio dal sonno notturno avviene in coincidenza con la massima intensità delle angosce depressive, classicamente correlate con le prime ore del mattino, e questo in parte può spiegare l'importanza che essi danno all'insonnia. Entità e gravità dei disturbi del sonno sono anche in rapporto diretto con la gravità del quadro clinico depressivo, come avevano già sottolineato gli psichiatri dei primi anni '50, per i quali la completa perdita del sonno notturno era il segno dell'aggravarsi della depressione e sintomo premonitore di evoluzione suicidaria. Viceversa, la regressione dell'insonnia era considerato sintomo di miglioramento. I reperti polisonnografici dei pazienti depressi indicano un aumento della latenza del sonno, soprattutto nei pazienti più giovani, un aumento del numero dei risvegli notturni, risveglio finale precoce, specie nei pazienti anziani. Questi pazienti presentano anche un sonno non ristoratore, una difficoltà a riaddormentarsi dopo i risvegli notturni e una riduzione sostanziale del tempo totale di sonno. Una significativa alterazione dell'architettura del sonno la si rileva dall'EEG di pazienti affetti da depressione maggiore. Si osserva in genere una riduzione degli stadi profondi 3 e 4 del sonno NREM e un aumento del sonno REM, con frequente accorciamento della latenza della prima fase REM (Coleman e coll., 1982; Perlis e coll., 1997). La presenza di queste alterazioni del sonno possono dare una valida indicazione clinica di un imminente episodio depressivo o di una ricaduta. In effetti, l'accorciamento della latenza REM è

positivamente correlato con i punteggi delle scale di valutazione clinica e maggiore è l'attività REM maggiori sono i sintomi depressivi. L'EEG evidenzia anche che determinate alterazioni del sonno possono essere associate a specifici sintomi depressivi. Mentre c'è una chiara correlazione tra depressione e alterazioni dell'EEG negli adulti, i dati sono contrastanti per quanto riguarda questa correlazione nei bambini e negli adolescenti depressi (Hudson e coll., 1992). Sebbene anche in questi pazienti sia stato rilevato un aumento dell'attività REM, per altri aspetti del sonno, in particolare riguardo allo stadio 4 del sonno NREM, non si sono trovate significative differenze rispetto al gruppo di controllo dei non depressi. Complessivamente, le alterazioni dell'EEG appaiono meno frequentemente negli adolescenti e nei bambini con depressione, rispetto agli adulti depressi.

Inoltre, disturbi del sonno sono presenti nell'ansia generalizzata, nel disturbo di panico, nel disturbo post-traumatico da stress, nel disturbo ossessivo-compulsivo così come nella schizofrenia anche laddove un sintomo legato al sonno non sia considerato tra gli elementi da ricercare per la diagnosi (Buysse e coll., 1994). Spesso l'attenzione che i pazienti pongono sui disturbi del sonno può essere tale da far passare in secondo piano il quadro clinico del disturbo mentale sottostante, che emerge solo se approfonditamente indagato e che viene considerato dai pazienti secondario ai problemi di sonno.

Quindi, come abbiamo già accennato, disturbi psichiatrici e disturbi del sonno sono strettamente correlati tra loro: la grande maggioranza degli individui affetti da disturbi psichiatrici presentano disturbi del sonno. In effetti in molti pazienti, i disturbi del sonno persistono anche dopo la remissione dei sintomi depressivi e possono rappresentare un fattore di rischio per successive ricadute: nei casi di insonnia residua oltre il 70% presenta una ricaduta entro 10 mesi (Reynolds e Kupfer, 1987). Anche nel caso dell'episodio maniacale i disturbi del sonno sembrano anticipare l'inizio del cambiamento d'umore, ma in questo caso, solo di una o di poche notti, a differenza dei 15-20 giorni o delle settimane che precedono un primo episodio depressivo, dove effettivamente l'insonnia è prodromica nel 44% dei casi (Keeklund e coll., 2003). Anche per l'episodio

maniacale, come per quello depressivo, i disturbi del sonno che persistono dopo la remissione, rappresentano un fattore di rischio importante per le successive ricadute. Secondo le osservazioni di Gillin e dei suoi collaboratori, condotte a partire dai primi anni Settanta (Gillin, 1998), nei pazienti con insonnia residua la ricaduta è almeno 4 volte più frequente già dopo il primo anno, rispetto ai pazienti in cui il sonno è tornato ad avere il suo effetto ristoratore.

Nella clinica dei disturbi dell'umore, lo psichiatra non può prescindere da considerare i disturbi del sonno, ed in particolare l'insonnia, un sintomo premonitore, un indicatore di gravità e una manifestazione residua di un quadro clinico non completamente risolto e quindi a rischio di ricadute.

Con questa premessa risulta evidente la necessità per lo psichiatra, o per lo psicologo clinico, di prestare all'insonnia una attenzione ben maggiore di quella avuta negli ultimi decenni.

Nelle forme unipolari in genere l'insonnia riguarda non tanto la difficoltà di addormentamento ed i risvegli durante la notte, che sono variamente frequenti e prolungati (insonnia centrale), quanto la precoce interruzione del sonno che si verifica nelle ore che precedono l'alba (insonnia terminale) (Reynolds e Kupfer, 1987; Reynolds e Kupfer, 1988; Peterson e Benca, 2006).

Reciprocamente, nei pazienti psichiatrici la frequenza dei disturbi del sonno è altrettanto elevata con punte di insonnia nella depressione che sfiorano il 90% dei pazienti (Nelson e Charney, 1980; Reynolds e Shipley, 1985), cui si aggiunge il rimanente 10% che, comunque, ha un sonno quantitativamente conservato o addirittura aumentato, ma che ha perso le sue proprietà benefiche di ristoro; praticamente, in tutte le persone affette da depressione il sonno è in qualche misura disturbato.

Alla luce di queste osservazioni, si può concordare quindi con l'affermazione che l'insonnia è un fattore di rischio indipendente per l'insorgenza di un disturbo dell'umore (Riemann e coll., 2001).

Concludendo, i dati della letteratura ad oggi evidenziano come l'insonnia predica l'insorgenza di un disturbo dell'umore seguendo poi il decorso dell'episodio. La

remissione dell'insonnia sembrerebbe predire la risoluzione del quadro, mentre la sua persistenza sembra costituirsi come fattore di rischio per una ricaduta nel breve periodo. Rimane tuttora, quindi, aperto in letteratura il dibattito se l'insonnia si costituisca nell'ambito dei disturbi dell'umore come sintomo, o fattore predisponente/predittivo o disturbo in comorbidità.

Oltre che con i disturbi dell'umore, l'insonnia è associata frequentemente a disturbi di ansia. In questi ultimi, l'insonnia prevalente è quella cosiddetta iniziale, ovvero difficoltà di addormentamento (Vollrath e coll., 1989), mentre nei disturbi dell'umore è più frequente l'insonnia terminale, caratterizzata dalla precoce interruzione del sonno nelle prime ore del mattino, che tuttavia spesso si associa alla frammentazione della continuità del sonno per comparsa di numerosi risvegli dopo l'addormentamento.

Già Breslau e coll., 1997 e Weissman e coll., 1997), avevano evidenziato che un disturbo del sonno si accompagnava ad una maggiore presenza di un disturbo d'ansia suggerendo che il primo fosse intimamente legato al secondo. Uno studio recente condotto da Johnson e coll. (2006), ha cercato di esaminare meglio il legame tra insonnia, disturbo d'ansia e depressione. L'insonnia sembra precedere nel 18% dei casi un disturbo d'ansia e un disturbo d'ansia sembra favorire l'insorgenza dell'insonnia nel 73% dei casi. Poiché l'insonnia più frequentemente precede l'insorgenza di un disturbo depressivo gli autori ipotizzano che i disturbi d'ansia potrebbero favorire l'insonnia e questa a sua volta favorire l'insorgenza di un disturbo depressivo.

Un altro, già citato, studio di Ohayon (1998) cerca di far luce sulla complessa e spesso insidiosa relazione tra insonnia, depressione e ansia. L'insonnia ha caratteristiche diverse a seconda che sia correlata ad un disturbo ansioso o depressivo, o se si esprime come sintomo di tali disturbi. Gli individui del gruppo depressivo riferivano di avere maggiori ripercussioni durante il giorno rispetto al gruppo degli individui ansiosi. Questo dato viene confermato dalle misure polisonnografiche che mostrano come l'insonnia sia molto più severa rispetto a quelli che soffrono di insonnia cronica. La durata dei sintomi dell'insonnia mettono in luce un altro interessante contrasto tra insonnia correlata ad un

disturbo depressivo e il disturbo depressivo con sintomi dell'insonnia. La durata media, infatti, del disturbo del sonno nel primo gruppo è di 5 anni, indipendentemente dall'età, mentre per il gruppo caratterizzato da un disturbo depressivo con sintomi di insonnia la durata media è meno di un anno. Alcune differenze qualitative possono essere riscontrate tra queste due ultime categorie. La prima risulterebbe essere maggiormente predisposta, rispetto alla seconda, ad avere difficoltà nel mantenimento del sonno e a riportare sonnolenza e difficoltà ad alzarsi dal letto la mattina. Una diagnosi differenziale tra questi due gruppi si può evincere in base a come gli individui riferiscono le loro difficoltà durante il giorno: i soggetti con insonnia correlata ad un disturbo depressivo, forse erroneamente, sono usi dare la responsabilità del proprio stato alla mancanza di sonno, così come i soggetti che hanno un disturbo depressivo e sintomi di insonnia attribuiscono un ruolo causale al loro umore depresso. Questo fenomeno è maggiormente presente nelle persone giovani, dato che il rischio di insorgenza di insonnia correlata ad un disturbo depressivo è 5 volte più alto nel gruppo di età 15-44. In modo analogo, soggetti con insonnia correlata ad un disturbo ansioso tendono ad essere più giovani rispetto a soggetti con un disturbo d'ansia e sintomi d'insonnia. Questo suggerisce che l'insonnia può giocare un ruolo secondario, mentre il disturbo mentale evolve, ed eventualmente, domina la vita del soggetto. Questa ipotesi è supportata dai dati dello studio di Ford e Kamerow (1989), i quali notarono che i soggetti che riportavano sintomi dell'insonnia in due interviste consecutive correavano un rischio 3 volte più alto di incorrere in un disturbo d'ansia nell'anno successivo. Il rischio di insorgenza, invece, di un disturbo di ordine depressivo era 35 volte più alto. E', inoltre, allarmante, il fatto che gli ansiolitici vengano assunti molto di più dai depressi che non dai soggetti ansiosi, così come solo il 17,5% del gruppo dei depressi con sintomatologia dell'insonnia e l'11,1% di quello degli insonni con un disturbo depressivo assuma antidepressivi. La possibilità poi che la depressione possa spesso rimanere senza una diagnosi è in accordo con i risultati di Boyer e coll (1995) e può anche portare a depressione cronica, come asseriscono i dati di Priest (1994). I risultati di Ohayon in merito al fatto che ben il 46,1% degli individui soffrono

di qualche sorta di disturbo ansioso è in accordo con il 42% degli individui della stessa categoria, come messo in luce da Mellinger e collaboratori (1985) nel loro studio epidemiologico. Non sorprende, dunque, che il disturbo d'ansia generalizzato sia il più prevalente in questo tipo di diagnosi, attribuito ad oltre il 60% di quegli individui che lamentano qualche disturbo del sonno. Sono stati osservati anche altri sintomi dello spettro dell'ansia. L'85% degli individui con un disturbo depressivo, per esempio, e il 45% dei soggetti con insonnia primaria riportavano qualche sintomo ansioso, laddove nel gruppo con sintomi di insonnia sottosoglia, i sintomi d'ansia vengono riscontrati nel 25% dei casi. Alcuni ricercatori hanno concluso che l'ansia associata all'insonnia rifletta più la paura degli individui riguardo alle difficoltà del sonno rispetto al disturbo del sonno vero e proprio. Gli studiosi supportano questa tesi evidenziando come la presenza di ruminazione a letto sia associata alla sopravvalutazione della latenza del sonno e alla sottovalutazione della sua durata (Coates & Thoresen, 1981) (Tabella 11 e Tabella 12 in Appendice).

I problemi nella tassonomia dell'insonnia primaria e dell'insonnia secondaria

Come detto insonnia primaria e insonnia correlata ad un disturbo mentale, sono le due principali diagnosi d'insonnia del Manuale Diagnostico DSM IV-TR e, sebbene con una terminologia parzialmente diversa, dell'ICSD, nella pratica clinica la netta distinzione non è altrettanto semplice (Terzano e coll, 2005) e pertanto anche l'applicazione dei criteri diagnostici nella routine clinica quotidiana è spesso complessa.

In questo paragrafo verranno presi in esame gli studi e le revisioni critiche che identificano i principali limiti a queste distinzioni categoriali come presupposto alla concettualizzazione di un nuovo approccio tassonomico all'insonnia che superi, almeno parzialmente, il concetto di insonnia primaria e secondaria ai disturbi mentali.

Nowel e coll, nel loro studio del 1997, prendendo in esame 216 pazienti, possono affermare che un disturbo psichiatrico è un fattore di rischio ben più forte per incorrere nell'insonnia correlata ad un disordine mentale, rispetto a condizioni negative e/o a cattiva igiene del sonno che, rappresenterebbero invece, un fattore di rischio per l'insonnia primaria. In ogni caso, un disturbo psichiatrico poteva essere giudicato come una fra le variabili causali, nel 77% dei pazienti che comunque avevano avuto una diagnosi di insonnia primaria. Questi dati sembrerebbero confermare la distinzione categoriale fra le due diagnosi, laddove un disturbo psichiatrico rappresenta un criterio di inclusione per la diagnosi di insonnia correlata ad un disturbo mentale, mentre è ritenuto un criterio di esclusione nella diagnosi di insonnia primaria; il contributo, tuttavia, di sintomi psichiatrici nell'insonnia primaria appare un argomento di notevole rilevanza clinica.

Reynolds e collaboratori (1988) valutano, invece, la suddivisione dell'insonnia primaria in "sottotipi" proposti dalla Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD) che prevede tre sottogruppi: insonnia psicofisiologica, insonnia idiopatica e mispercezione dello stato di sonno. Analizzando i contributi della letteratura gli autori hanno concluso che, a

sostegno di una netta distinzione fra insonnia idiopatica e psicofisiologica, non vi è che uno scarso supporto empirico, mentre la mispercezione del sonno, più che uno specifico disturbo, poco supportato dalla pratica clinica, potrebbe essere meglio considerato come una caratteristica prevalente nell'ambito del disturbo cronico dell'insonnia in generale. Gli autori concludono che "l'abbandono" della categoria "insonnia primaria" in favore dei tre sottotipi proposti dall' ICDS può essere azzardata.

In accordo con Krystal (2006) risulta clinicamente utile una migliore e più approfondita classificazione per l'insonnia: l'identificazione di specifici sottotipi di insonnia aiuta la ricerca, permette di predire una prognosi ed un percorso di trattamento più adeguato indipendentemente dal fatto che si tratti di insonnia primaria o secondaria. Al di là della dicotomica distinzione tra primaria e secondaria la classificazione delle insonnie si basa spesso su altri criteri quali quella fenomenica, che a sua volta si basa sul tipo di sintomo, oppure in base alla durata. I sintomi possono includere difficoltà nell'addormentarsi, problemi di continuità del sonno e sonno non ristoratore. L'individuazione del sonno in base, invece, alla sua durata coinvolge tre categorie: transitoria (non più di pochi giorni), breve termine (fino a tre settimane) e lungo termine (più di tre settimane). Queste classificazioni spesso utili per il clinico che sulla base di esse decide un primo approccio terapeutico, non sono basate dall'evidenza e ricerche più recenti suggeriscono la necessità di un mutamento. Ancora Krystal (2006) ricorda come recenti studi suggeriscano il bisogno di rivedere queste strategie di classificazione. Ad esempio, nuove ricerche orientate al trattamento dell'insonnia cronica cambiano la prospettiva sulla durata del trattamento e, di conseguenza, sulla classificazione in base alla durata del disturbo. Due studi includevano il trattamento farmacologico per l'insonnia su più di 800 pazienti, i quali non hanno presentato rischi di ricadute entro le 4 settimane di trattamento. D'altro canto, anche l'impiego di terapie non farmacologiche (Terapia Cognitivo-Comportamentale) ha dimostrato un'efficacia di lunga durata in pazienti con insonnia cronica, mostrando la buona applicabilità di queste strategie nel

trattamento dell'insonnia indipendentemente dal tipo di insonnia. Di fatto, inoltre, i progressi terapeutici hanno portato nuove evidenze contro la distinzione tra insonnia primaria e secondaria. Studi recenti condotti sulla relazione tra insonnia e condizione medica o psichiatrica (Berk, 2009), suggeriscono che, sebbene sia importante identificare la natura primaria o secondaria del disturbo del sonno questo può essere irrilevante nell'alleviare l'insonnia, laddove una strategia specifica per la cura del disturbo del sonno, tenendo conto anche delle specifiche necessità del paziente, può essere utile ad ottimizzare la gestione clinica dell'insonnia anche nei pazienti depressi o ansiosi.

Nowell e collaboratori (1997) individuano i fattori che contribuiscono a formulare una prima diagnosi di insonnia primaria o secondaria ad un disturbo mentale, come i disturbi psichiatrici, il condizionamento negativo e l'inadeguata igiene del sonno sono sembrati gli unici che orientassero verso l'una o l'altra delle due diagnosi. Le attività che comportano quella che viene definita una cattiva igiene del sonno sono, per esempio, il consumo eccessivo di alcol, il trascorrere molte ore a letto svegli, e il non riservarsi un tempo adeguato di rilassamento prima di andare a letto.

Per condizionamento negativo ci si riferisce alla marcata o all'eccessiva preoccupazione riguardo all'incapacità di dormire che accorre quando l'individuo è sdraiato a letto con i suoi tentativi di dormire; oppure agli stimoli esterni, che mantengono svegli ed inducono attivazione e frustrazione associata all'assenza di sonno. Questi tre fattori hanno riportato punteggi significativamente differenti quando i gruppi diagnostici sono stati ulteriormente ripartiti entro categorie pure o predominanti. Con puro si intendeva quando il disturbo del sonno era unicamente e chiaramente attribuibile ad una categoria (primario o correlato) predominante si riferisce invece alla situazione in cui il disturbo è da considerarsi una espressione mista di condizioni primarie e associate ma con la predominanza netta di una delle due forme. Un disturbo psichiatrico, per esempio, contribuiva più verso una diagnosi pura o predominante di insonnia correlata ad un disturbo mentale piuttosto che l'insonnia primaria, pura e predominante. Lo stesso

disturbo psichiatrico, inoltre, contribuiva maggiormente verso una diagnosi di insonnia correlata a disturbo mentale pura anziché predominante.

Ovviamente la presenza di un disturbo psichiatrico in una insonnia comunque identificata come primaria, tale disturbo era più facilmente considerato predominante anziché puro. Di fatto quindi, dal punto di vista della diagnosi clinica il fattore rilevante per la determinazione clinico-diagnostica non è di natura fenomenica, ma relativo alla presenza o meno di un disturbo mentale.

I clinici hanno rilevato che i disturbi dell'umore costituisce il fattore di natura psichiatrica più frequentemente influente nel porre la diagnosi di insonnia correlata a disturbi mentali (63% dei casi). In ordine decrescente di frequenza altri disturbi psichiatrici rilevanti da questo punto di vista erano disturbo d'ansia (che lo costituisce nel 10% dei casi), un disturbo della personalità (10%), un disturbo di adattamento (4%), un disturbo psicotico (4%), e varie altre diagnosi (8%). I fattori psichiatrici associati a pazienti con diagnosi di insonnia primaria sono: un disturbo dell'umore (17%), un disturbo d'ansia (16%), un disturbo della personalità (10%) e varie altre diagnosi compresa l'assenza di una diagnosi nel 57% dei casi (Tabella 2).

| Fattori | Insonnia Primaria | | Insonnia correlata ad un disturbo mentale | | Analisi |
|--|-------------------|------|---|------|---------|
| | Media | D.S. | Media | D.S. | p |
| Disturbi psichiatrici | 2,85 | 1,34 | 1,29 | 0,63 | 0,0001 |
| Fattori ambientali | 3,63 | 1,18 | 3,67 | 1,29 | 0,01 |
| alterazioni | 3,92 | 1,38 | 3,58 | 1,4 | 0,09 |
| Condizionamento negativo | 2,04 | 1,08 | 3,62 | 1,24 | 0,0001 |
| Mispercezione del sonno | 3,8 | 1,21 | 4,55 | 0,94 | 0,41 |
| Igiene del sonno scorretta | 1,92 | 0,99 | 3,21 | 1,4 | 0,0006 |
| Disturbi neurologici | 4,88 | 0,5 | 4,74 | 0,78 | 0,35 |
| Disturbi medici | 4,26 | 1,16 | 4,33 | 1,03 | 0,8 |
| Abuso di medicinali | 4,36 | 1,11 | 4,02 | 1,29 | 0,31 |
| Uso di sostanze | 4,88 | 0,44 | 4,77 | 0,73 | 0,55 |
| Abuso di alcol | 4,69 | 0,75 | 4,65 | 0,88 | 0,34 |
| Astinenza da sostanza | 4,52 | 1,07 | 4,67 | 0,86 | 0,96 |
| Disturbo transitorio del ciclo sonno/veglia | 4,96 | 0,2 | 4,94 | 0,45 | 0,49 |
| Cambiamenti del ciclo sonno/veglia frequenti | 4,35 | 1,23 | 4,78 | 0,69 | 0,27 |
| Disturbo del ciclo sonno/veglia persistente | 4,5 | 1,13 | 4,69 | 0,94 | 0,46 |
| Irregolarità della durata del sonno | 4,66 | 0,96 | 4,86 | 0,52 | 0,25 |
| Insorgenza di disturbi durante il sonno | 4,88 | 0,49 | 4,9 | 0,6 | 0,73 |
| Apnea del sonno | 4,74 | 0,68 | 4,71 | 0,76 | 0,52 |
| Movimenti ritmici dell'arto | 4,47 | 1,11 | 4,73 | 0,71 | 0,82 |
| Effetti dell'età sul sonno | 4,47 | 0,92 | 4,52 | 0,9 | 0,75 |

Tabella 2: elenco dei 20 fattori in pazienti con diagnosi di insonnia primaria o di insonnia correlata ad un disturbo psichiatrico. 1= molto importante; 5= non importante

Dei tre fattori diagnostici presi in considerazione (igiene del sonno, disturbo psichiatrico e condizionamento negativo) quest'ultimo sembra essere quello meno orientato verso una diagnosi di insonnia correlata ad un disturbo psichiatrico puro. Il condizionamento negativo sembra essere anche visto come il fattore che meno contribuisce alla diagnosi di insonnia correlata ad un disturbo mentale predominante rispetto alla diagnosi di insonnia primaria predominante. La scarsa igiene del sonno è stata vista dai clinici del sonno come il fattore che, dei tre considerati, meno contribuiva alla diagnosi pura di insonnia correlata ad un disturbo mentale. Pertanto la diagnosi non viene fatta su una base evidence

based, ma sulla base di schemi di giudizio su come si dovrebbe presentare l'insonnia primaria rispetto a quella secondaria. E' indicativo in questo senso il fatto che gli unici veri predittori di diagnosi di insonnia secondaria siano di fatto le diagnosi di disturbo mentale concomitante e che, tuttavia, nonostante la loro presenza, a volte la diagnosi si sposti comunque su un disturbo primario del sonno.

E' utile ricordare che mentre i due fattori relativi all'igiene del sonno e al condizionamento negativo non sono considerati tra i criteri d'inclusione per una diagnosi relativa ad un disturbo del sonno nel DSM IV-TR, rappresentano, invece, un argomento centrale nell'ICSD (Morin e coll., 1994). E mentre non sorprende che il disturbo psichiatrico, per il DSM IV-TR, sia un criterio di inclusione per la diagnosi di insonnia correlata ad un disturbo mentale rispetto all'insonnia primaria, di cui ne rappresenta il criterio di esclusione, appare più interessante che un disturbo psichiatrico (umore, ansia o di personalità) veniva anche identificato come un fattore di causa nel 77% dei pazienti che ricevevano una diagnosi di insonnia primaria. La difficoltà nell'individuare un criterio unico che distingua le due categorie diagnostiche è alla base di molte controversie che animano la letteratura ormai da molti anni. L'insonnia correlata ad un disturbo mentale è, sostanzialmente, un'insonnia psichiatrica. In accordo con i criteri del DSM IV l'insonnia primaria è essenzialmente una diagnosi di esclusione. Su un livello diagnostico le impressioni cliniche soggettive tendono a considerare la presenza di un disturbo psichiatrico, la sua relazione con la sindrome dell'insonnia, con l'esclusione di altre condizioni mediche. Su un piano, invece, puramente concettuale, l'insonnia primaria, anziché come unità diagnostica, è stata spiegata in virtù di cause comportamentali, cause psichiatriche sottosoglia, o entrambe queste possibilità. Sebbene gli specialisti del sonno identifichino nel paziente con insonnia primaria un disturbo psichiatrico, essi affermano anche come l'impatto degli altri due fattori (condizionamento negativo e scarsa igiene del sonno) siano determinanti da un punto di vista eziologico e diagnostico nei pazienti individuali.

Pochi studi epidemiologici hanno tenuto conto delle classificazioni nel determinare l'importanza delle lamentele sul sonno in relazione ad un altro disturbo mentale e approfondito se la lamentela stessa fosse sufficientemente di rilievo da meritare l'attenzione clinica (Ford & Kamerow, 1989).

Questo aumenta la probabilità che l'insonnia possa progressivamente essere relegata ad un ruolo secondario, mentre ad assurgere ad un ruolo dominante nella vita del paziente è il disturbo mentale. Questi riferimenti sottolineano l'importanza di un'attenta storia delle problematiche relative al sonno di un paziente, e anche la necessità di investigare la possibilità di un disturbo mentale sottostante, che può non apparire chiaro quando l'attenzione del soggetto si focalizza sulla sintomatologia della propria insonnia. È importante considerare, inoltre, che il paziente non sempre parla del disturbo del sonno. I risultati di Ohayon mostrano che soltanto il 41% di pazienti che di fatto lamentavano disagi sul sonno ne parlavano spontaneamente con il proprio medico. Questo vuol dire che il medico di fiducia del rimanente quasi 60% del campione, non era informato dei medesimi disagi. Questo fenomeno è osservabile per una ampia fetta (30-65%) di tutte le categorie diagnostiche (Everitt e coll., 1990; Hohagen e coll., 1993).

Un altro importante problema, dal punto di vista tassonomico, è quello di cosa considerare come disturbo del sonno clinicamente rilevante, ciò anche a priori rispetto alla divisione in primaria e secondaria. Ad esempio la classificazione del DSM-IV, ha visto apportato qualche cambiamento di rilievo rispetto alla precedente versione del manuale. Il primo riguarda la possibilità di distinguere il disturbo del sonno, come un problema dovuto a condizione medica oppure indotto da sostanze o correlato alla respirazione; un altro ha riguardato l'eliminazione di quei criteri diagnostici che prevedevano la comparsa della sintomatologia almeno tre volte alla settimana. Di conseguenza, si è potuto osservare come nel campione in oggetto il numero dei soggetti che incontravano i criteri di inclusione sia passato dal 5,7% quando il riferimento era il DSM III, al 12,7% quando è stato invece applicato il DSM-IV. Qualche problema, tuttavia, permane anche con quest'ultima versione del manuale diagnostico, soprattutto

per quel che riguarda l'età adulta. Come mostra uno studio preliminare di Ohayon (1996) una parte del campione (un terzo di quelli tra i 65 e i 74 anni e metà di quelli oltre i 74) erano classificati nella categoria "nessuna diagnosi". Questo era causato dal fatto che sebbene gli adulti di questa fascia di età riportassero lamentele sul sonno, non ne riportavano ripercussioni durante il giorno. Questo potrebbe essere dovuto ai cambiamenti accorsi nella vita dei soggetti come la ristrettezza delle interazioni sociali (reti sociali limitate, pensionamento e dunque fine dell'attività professionale, e cambiamenti nelle relazioni familiari, come morte del/della consorte, distanza dai figli). Questo perché l'età con le sue conseguenze problematiche anche sull'efficienza del sonno non è presa in considerazione dal DSM-IV. I disturbi del sonno nel senio, infatti, hanno caratteristiche peculiari e talvolta distintive che non vengono valutate nel contesto della diagnosi di insonnia mentre molti anziani non incontrano quegli aspetti ritenuti essenziali nelle problematiche di sonno. In più, il DSM-IV sembra non ammettere molteplici diagnosi di disturbo del sonno, sebbene molti aspetti e fattori contribuiscano all'insorgenza e al mantenimento dello stesso. Soggetti, per esempio, con "insonnia correlata ad altro disturbo mentale" possono anche lamentare un disturbo fisico, come il mal di schiena, che può contribuire alla severità del problema insonnia. In questo caso, possiamo solo specificare il disturbo fisico associato in base alla suddivisione in cinque assi del manuale diagnostico (asse III). Vero è che i tentativi fatti per classificare i soggetti che riferiscono insonnia, finiscono per privilegiare ciò che questi pensano essere i fattori più importanti, lasciandone da parte altri. Quando è importante distinguere tra "insonnia correlata ad un altro disturbo mentale" e insonnia primaria il problema aumenta: l'esperienza clinica e teorica del medico e dello psicologo, come è ormai noto e già documentato, diventa un fattore determinante per quella che sarà la diagnosi finale. Questo si riscontra in molti studi dove lo stile dell'intervistatore può avere un'influenza sulla risposta dell'intervistato (Berk, 2009). Inoltre anche la modalità dell'intervista (per esempio di persona o telefonica) introduce un ulteriore bias nella valutazione

diagnostica. Per esempio nelle interviste telefoniche vengono a mancare i segnali non verbali.

Nella loro review, Nofzinger e collaboratori (1993), si sono raccomandati agli studiosi affinché continuino ad identificare i particolari disturbi mentali a cui un disturbo del sonno può essere attribuito, affinché le ricerche future si focalizzino sulle ulteriori definizioni del disturbo del sonno correlato a disturbo mentale versus l'associazione della sintomatologia del sonno di un disturbo mentale. Vgontas e i suoi collaboratori (1993), tuttavia, affermano che non c'è un'evidenza empirica o scientifica a sostegno di una distinzione netta.

Vi sono certamente eccezioni a questa linea: non c'è dubbio, infatti, che il disturbo del sonno maggiormente diagnosticato sia l'insonnia correlata ad un disturbo mentale. Nel suo campione di 5622 soggetti, Ohayon con i suoi collaboratori (1996) identifica in un gruppo di 997 individui sei categorie diagnostiche: 1) insonnia correlata ad un disturbo depressivo; 2) insonnia correlata ad un disturbo d'ansia; 3) disturbo depressivo con sintomatologia del sonno; 4) disturbo d'ansia con sintomatologia del sonno; 5) insonnia primaria; 6) isolata sintomatologia del sonno. I soggetti della prima categoria diagnostica riferiscono una storia più lunga di insonnia e sono solitamente più giovani di quelli con un disturbo depressivo o d'ansia accompagnati da sintomatologia del sonno. I soggetti con insonnia correlata ad un disturbo depressivo esprimono di avere maggiori ripercussioni rispetto a tutti gli altri. A sorpresa, un'alta percentuale di soggetti con sintomatologia depressiva va alla ricerca di un trattamento medico specifico per i loro problemi di sonno, con il conseguente assemblamento dei casi di depressione nell'ambito dei disturbi medici in generale. Di fatto dunque lo studio epidemiologico in questione sembra poter evidenziare differenze epidemiologiche e di decorso clinico tra insonnia primaria e secondaria. Inoltre quando l'insonnia diventa cronica, essa può, specialmente se non trattata, portare a diverse ripercussioni e, come dimostrano Ford & Kammerow (1989) comportare un rischio maggiore di insorgenza di un disturbo depressivo maggiore (35 volte più alto) o di ansia (3 volte più alto) laddove in precedenza non ve ne era evidenza alcuna. Sebbene i risultati dello studio di

Ohayon non permettano di dedurre tale rapporto con certezza, la pervasiva presenza di un disturbo mentale in concomitanza con la problematica di sonno sottolinea l'importanza di non sottovalutare il problema e di cercarne le cause, allo scopo di proporre il trattamento che meglio incontra le necessità del paziente. Pochi studi epidemiologici hanno esplorato l'associazione fra insonnia e disturbi mentali nella popolazione generale.

Lo studio di Ohayon (1998) mostra comunque che questa separazione può non essere particolarmente utile nei casi di un severo disturbo mentale, come il disturbo depressivo maggiore. Sia in concerto con un disturbo mentale che come entità diagnostica isolata, la sintomatologia del sonno sembra comunque provocare un deterioramento dell'efficienza, sebbene la sua severità possa essere accresciuta quando viene associata a depressione. In conclusione, i fattori che meglio potrebbero discriminare l'insonnia primaria dall'insonnia secondaria sono l'anamnesi dei sintomi, l'insorgenza precoce e, di conseguenza, la durata, indicativamente più lunga, di un sottostante disturbo depressivo.

L'insonnia è dunque un'entità a sé stante o è semplicemente il sintomo di un sottostante disturbo medico o psicologico? Quando la visione seguita è che l'insonnia sia secondaria a o comunque sia un epifenomeno di un disturbo medico o psicologico il rischio è che i sintomi vengono spesso ignorati o minimizzati. Un robusto corpo di ricerche è concorde sul fatto che il disturbo del sonno precede l'insorgenza della depressione, dell'ansia o di abuso di alcol. Secondo Ohayon (2001) la depressione è determinata dalla presenza di un disturbo dell'insonnia; l'intervento sul disturbo primario non necessariamente allevia l'insonnia e questa rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo psicologico. Una chiave di lettura circa la confusione che c'è in merito alle possibili cause e al motivo per cui permane il problema dell'insonnia riguarda il fatto di ritenere lo status di quest'ultima un sintomo o una diagnosi. Stanti questi limiti nella classificazione delle insonnie la direzione di future ricerche dovrebbe vertere sulla relazione tra l'insonnia e comorbidità psichiatriche. Harvey (2001) si è, infatti, ad esempio domandato se l'insonnia sia

da ritenersi un'entità clinica a sé stante oppure semplicemente un sintomo di un sottostante disturbo medico o psicologico. Harvey mette luce sugli aspetti che conseguono ad una distinzione tra insonnia primaria e secondaria, considerando 1) gli attuali criteri di diagnosi e di classificazione dell'insonnia, 2) se l'insonnia sia un sintomo di altre affezioni mediche o psichiatriche, 3) se l'insonnia sia in comorbidità con altri disturbi, 4) se l'insonnia sia secondaria ad altri disturbi, 5) se l'insonnia sia primaria, ovvero si possa essere di fronte a questo disturbo in assenza di eventuali comorbidità mediche o psichiatriche. La conclusione di Harvey è che la visione dell'insonnia come sintomo di altre condizioni mediche sia da ritenersi infondato. Questa affermazione, però, porta a privare i pazienti di un trattamento adeguato, che non solo sarebbe rivolto alla cura dell'insonnia, ma andrebbe a ridurre tutti i sintomi associati alla presupposta diagnosi di insonnia come "primaria".

Anche lo studio di Suzuki (2009) sembra confermare che sebbene l'insonnia giochi un ruolo importante nell'insorgenza di disturbi psichiatrici, poche ipotesi sono in grado di dimostrare che l'insonnia sia causa di tali disordini. Secondo questo autore che, insieme ai suoi collaboratori ha condotto uno studio sulla popolazione giapponese, la maggior parte dei disturbi psichiatrici, come la schizofrenia, disturbi dell'umore o disturbi nevrotici sono associati a disturbi del sonno di vario genere, dei quali l'insonnia è la più diffusa e importante nella pratica psichiatrica. Quasi tutti i pazienti affetti da depressione maggiore lamentano insonnia. Il trattamento farmacologico dell'insonnia associata a depressione maggiore accorcia il periodo di remissione della depressione. L'insonnia è stata recentemente segnalata come un fattore di rischio per la depressione. Nei pazienti con schizofrenia, l'insonnia è spesso un indicatore precoce di aggravamento dei sintomi psicotici. Studi elettroencefalografici sul sonno hanno anche rivelato alterazioni del sonno, caratteristica dei disturbi dell'umore, della schizofrenia e dei disturbi d'ansia. Una ridotta latenza del sonno REM è stata considerata come un marker biologico della depressione. Una ridotta quantità di sonno non-REM, invece, è stata ritenuta in correlazione con i sintomi negativi della schizofrenia. Recentemente,

alterazioni del sonno REM sono stati trovati in adolescenti con disturbo da stress post-traumatico dopo un incidente in barca. Anche se questi fatti indicano che l'insonnia ha un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi psichiatrici, ci sono pochi ipotesi che spiegano la causa e l'effetto di insonnia in questi disturbi. Al momento attuale, quindi, si prospetta la possibilità di impostare in modo nuovo i rapporti tra insonnia e depressione. La diffusione in psichiatria del concetto dei “fenomeni di spettro”, che indirizza l'interesse della clinica anche verso gli aspetti paucisintomatici ed i livelli sottosoglia dei disturbi mentali, permette di ipotizzare una collocazione diversa di molte forme di insonnia tra quelle definite fin qui “primarie” dalla medicina del sonno. L'insonnia psicofisiologica, ad esempio, e la cosiddetta mispercezione del sonno della classificazione ICSD (AASD 2001) possono infatti essere inquadrare entrambe come disturbo dello spettro dell'umore, nell'ambito del quale l'insonnia può essere considerata, appunto, come una manifestazione isolata o come un aspetto di un quadro paucisintomatico, fenomeni entrambi che, comunque, con il modello di spettro rientrano a buon diritto nei quadri affettivi sotto soglia.

Inoltre entrambi i manuali tassonomici di riferimento (ICD-10 e DSM-IV-TR) sono concordi nel ritenere che l'insonnia primaria possa costituire una risposta allo “*stress psicologico, sociale o medico*”, possa essere legata ad una “*preoccupazione ansiosa per la propria salute*” o alla presenza di “*sintomi di ansia o depressione*”, a patto che non soddisfino i criteri diagnostici per uno specifico disturbo mentale. Tali ammissioni riguardanti una possibile derivabilità psichiatrica delle insonnie primarie, rimanda all'ipotesi che vede i disturbi psichiatrici, se pur “sottosoglia” o di “spettro”, come cause favorenti l'insonnia (Riemann e coll., 2001). Inoltre, come descritto dai manuali diagnostici, l'insonnia costituirebbe da un punto di vista clinico l'espressione di un disturbo d'ansia, sotto forma di somatizzazione, quindi come “tensione somatizzata” in risposta allo stress. Ancor più interessanti sono le indicazioni dei manuali diagnostici sulle cause favorenti il perpetuarsi dell'insonnia, principalmente legate alla “preoccupazione” che questi pazienti hanno riguardo al proprio sonno, ovvero allo “stress” associato all'incapacità di dormire.

Tali osservazioni cliniche sembrano ad oggi supportate anche da evidenze neuroendocrine e neurobiologiche che evidenziano substrati sovrapponibili.

In effetti la condizione definita in alcuni studi di “iperarousal” (Stepanski, E. e coll., 1988;Hohagen, F. e coll., 1994;Seidel, W.F. e coll., 1984) dei soggetti con insonnia primaria, secondo alcuni autori sarebbe da imputare ad un’alterazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) simile a quella che si riscontra nei soggetti con disturbi d’ansia e dell’umore (Bonnet, M.H. e Arand, D.L., 2000) ; .

Ancora più recentemente si è evidenziato una specifica anomalia biochimica associata all’insonnia primaria. L’acido gamma-aminobutirrico (GABA), il più comune neurotrasmettitore ad azione inibente nel cervello e fortemente implicato nel processo di addormentamento, risulta ridotto del 30% in individui che hanno sofferto di insonnia primaria per più di sei mesi. Interessante notare che una riduzione dei livelli di GABA è stata osservata anche in soggetti con depressione maggiore e disturbi d’ansia. Quindi, i soggetti affetti da insonnia presenterebbero un’alterata risposta allo stress che si manifesterebbe con un’alterazione dei processi neuroregolatori e ormonali e un ridotto livello di GABA. Alcuni studi di fMRI, (Riemann e coll., 2003) su soggetti affetti da insonnia primaria ad andamento cronico hanno evidenziato riduzione del volume dell’ippocampo bilaterale sovrapponibile a quella che si evidenzia nei soggetti con disturbi dell’umore.

Se da una parte l’insonnia è favorita da un disturbo d’ansia o dell’umore dall’altra l’insonnia cronica, ma anche le insonnie occasionali o transitorie sono considerate ormai unanimemente un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psichici.

Dati forniti dall’Epidemiologic Catchment Area, mostrano che l’insonnia era associata ad un aumentato rischio di sviluppare un episodio depressivo maggiore, un disturbo di panico o un disturbo da abuso di alcool nell’arco di un anno (Buisse, D.J. e coll., 2008);. Altri studi hanno evidenziato che l’insonnia è un fattore di rischio per disturbi depressivi sia nella popolazione anziana che nei giovani adulti (Breslau, N. e coll., 1997): nell’arco di 2 anni e negli adolescenti

sembra predire lo sviluppo di un disturbo dell'umore nell'età adulta (Weissman, M.M. e coll., 1997).

Ohayon e Roth (2003) hanno osservato che l'insonnia precedeva lo sviluppo di un disturbo d'ansia nel 18% dei casi e di un disturbo dell'umore nel 44%. Uno studio recente di Neckelmann e colleghi (2007) ipotizza che l'insonnia cronica può essere un indicatore di tratto per individui a rischio di sviluppare disturbi d'ansia, mentre risulterebbe un indicatore di stato sia per disturbi di ansia che depressione.

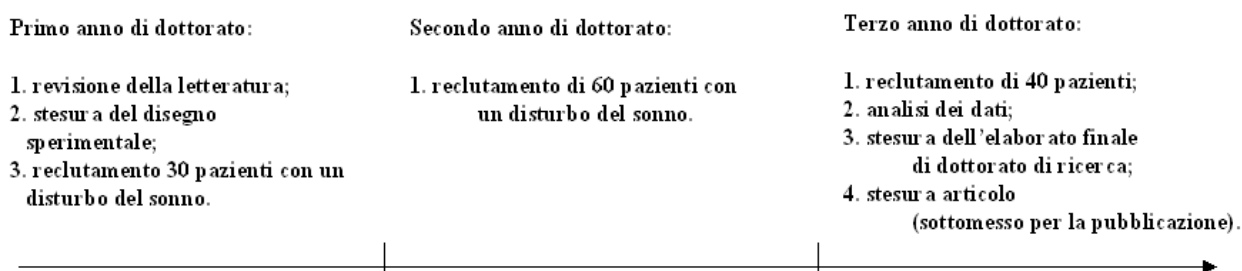
Si è ormai andata raccogliendo una mole crescente di evidenze secondo cui l'insonnia, prima di essere un sintomo del quadro sindromico, rappresenta un fattore di sensibilizzazione che sembra contribuire all'insorgenza stessa del disturbo affettivo.

In conclusione, secondo l'attuale approccio categoriale ai disturbi del sonno, dell'umore e d'ansia, i disturbi del sonno primari se pur distinti dai disturbi del sonno associati ai disturbi psichiatrici, sarebbero comunque favoriti da elementi psicopatologici attenuati d'ansia o dell'umore, costituendosi come risposta maladattiva ai fattori stressanti, sia come fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di disturbi psichici che come elemento di comorbidità. Se recuperiamo l'approccio di spettro tuttavia possiamo considerare i disturbi fin qui categorialmente primari come fenomeni paucisintomatici di un disturbo che è già nella sfera dell'ansia o dell'umore, semplicemente non sufficientemente intenso da determinare le caratteristiche sufficienti per la diagnosi di un disturbo mentale conclamato.

Obiettivo dello studio

Nonostante gli oltre 30 anni di ricerche, le conoscenze riguardo le basi psicopatologiche dell'insonnia primaria sono ancora scarse (Berk, 2009), specialmente se comparate con altri disturbi del sonno, tipo la narcolessia o l'apnea notturna. In parte, questa discrepanza è legata alla natura eterogenea dell'insonnia, che si presenta sia come condizione primaria, sia in coesistenza con numerosi disturbi medici e psichiatrici. La distinzione tra “primario” e “secondario” è, in certe condizioni molto sfumata declinandosi, ad esempio, nelle condizioni cliniche psicopatologiche sotto soglia o di spettro. In questo caso essa è da considerarsi, alternativamente, sia come sintomo di una condizione clinica ancora paucisintomatica che come fattore di rischio indipendente per lo sviluppo futuro di un disturbo psicopatologico conclamato. Visti i profondi legami tra disturbi del sonno e disturbi dell'ansia e dell'umore è stato disegnato uno studio con l'obiettivo di approfondire ulteriormente la conoscenza delle componenti psicopatologiche presenti in una insonnia diagnosticabile come primaria secondo i criteri classificativi del DSM-IV-TR. Lo studio si propone così l'obiettivo di valutare le componenti psicopatologiche anche “sottosoglia”, paucisintomatiche, dell'insonnia primaria cercando di valutare se queste possano essere inseribili nell'ambito di un continuum dello spettro dei disturbi dell'ansia e dell'umore.

Schema cronologico di acquisizione dati e di stesura dell'elaborato finale



2. METODI

Sono stati valutati presso il Centro di Medicina del Sonno e del Sogno dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa, 130 soggetti con un disturbo del sonno, di entrambi i sessi (M= 55; F=75) e di età compresa tra i 18 e i 60 anni (età media 50 anni).

55 soggetti presentavano un disturbo configurabile come Insonnia Primaria (gruppo 1) e 75 come Insonnia Correlata ad un Disturbo d'Ansia e dell'Umore (Gruppo 2).

E' utile ricordare che nella formulazione della diagnosi, eseguita in accordo con i criteri diagnostici del DSM-IV/TR, la diagnosi di insonnia primaria e secondaria se, nel primo caso hanno tenuto conto di un'assenza in anamnesi di un disturbo mentale, nel secondo sono stati individuati diversi disturbi: depressione (28 soggetti); ansia (23); (attacchi di panico con agorafobia (15); disturbo ossessivo compulsivo (9); fobia sociale (18) (Tabella 3).

| Diagnosi Insonnia | | N | Media | Deviazione Standard | Errore Standard |
|-------------------|-----------------|----|-------|---------------------|-----------------|
| Età | Ins. PRIMARIA | 55 | 46,65 | 13,056 | 1,760 |
| | Ins. SECONDARIA | 75 | 54,07 | 13,305 | 1,536 |

Tabella 3: età del campione diviso in Insonnia Primaria (Gruppo 1) e Insonnia Secondaria (Gruppo 2)

Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad una valutazione psicopatologica e ipnologica mediante la somministrazione di scale psicometriche standardizzate: la valutazione dei disturbi dell'umore è stata effettuata mediante la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D).

La componente ansiosa è stata valutata mediante la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), quella di tipo ossessivo compulsivo con la Yale-Brown Obsessive

Compulsive Scale (Y-BOCS), quella fobica (componente agorafobica e componente sociale) mediante l'Agoraphobia Rating Scale (ARS) e la Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS), rispettivamente. Le fobie specifiche sono state valutate attraverso il test Marks Sheehan Phobia Scale (MSPS) e il disturbo del sonno, infine, è stato indagato attraverso la somministrazione del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Il reattivo HAM-D valuta lo spettro depressivo attraverso 6 fattori che travalicano i correlati neurofisiologici della depressione: il fattore I valuta l'aspetto relativo all'ansia/somatizzazione; il fattore II è relativo al peso; il fattore III valuta i disturbi cognitivi; il fattore IV è relativo alle variazioni diurne; il fattore V misura il rallentamento e il fattore VI, infine, valuta i disturbi del sonno.; il test HAM-A misura l'ansia e la variabile considerata è data dal punteggio totale dei 14 item che lo compongono; il test LSPS misura l'ansia sociale e le due variabili da cui è costituita che analizzano gli aspetti ansiosi legati o alla situazione sociale o a prestazioni da fare di fronte ad altri; il test MSPS è scomposto in più variabili: le prime due sono date dai totali dei punteggi relativi alla percezione di ansia, l'una espressa in termini di paura propriamente detta e l'altra espressa in termini di evitamento messo in atto per evitare le situazioni proposte; altre due variabili sono date dal totale del punteggio legato all'aspetto agorafobico (paura ed evitamento); le successive due variabili sono date dal totale dei punteggi della percezione di malattia (paura ed evitamento); ulteriori due variabili sono date dal totale del punteggio relativo alla percezione di ansia sociale (paura ed evitamento) e infine, l'ultima variabile è data dal giudizio che individualmente ogni soggetto dà alla propria situazione fobica. Il test Y-BOCS misura il disturbo ossessivo compulsivo ed è espresso da due variabili che raccolgono, separatamente, la somma dei punteggi relativi alle ossessioni e quelli relativi alle compulsioni. Altre due variabili relative all'agorafobia vengono ulteriormente individuate dal test ARS, in termini delle diverse modalità di spostamento e delle aree di spostamento che possono essere percepite con ansia dai soggetti; entrambe le variabili sono espresse attraverso il totale dei punteggi nei due settori. Il test PSQI, infine, è suddiviso in 7 componenti. La componente 1 è relativa alla qualità soggettiva del sonno; la

componente 2 valuta la latenza del sonno; la componente 3, invece, valuta la durata del sonno; la Componente 4 l'efficacia abituale del sonno; la componente 5 i disturbi del sonno; mentre la componente 6 l'uso di ipnotici; la componente 7, infine, i disturbi durante il giorno.

La scelta delle scale psicometriche è stata valutata sulla base del loro diffuso utilizzo nell'ambito della pratica clinica (Conti, 1999).

Allo scopo di meglio definire le caratteristiche del disturbo del sonno dei soggetti primari e dei secondari un'ulteriore suddivisione è stata creata prendendo in considerazione la "cronologia" dell'insonnia, ovvero è stato rilevato in quale momento della notte si evidenzia tale disturbo. Si sono così delineati tre ulteriori gruppi (A, B e C) all'interno del campione, in cui si evidenzia la presenza dell'insonnia in una fase iniziale, centrale o terminale della notte. Mettendo insieme, dunque, i valori degli item 4, 5 e 6 della HAM-D (che misurano rispettivamente l'insonnia iniziale, centrale e terminale) con quelli della componente 2 e della componente 5 del PSQI (che misurano rispettivamente la latenza del sonno, ovvero il tempo impiegato per addormentarsi al momento in cui ci si corica e i disturbi del sonno, ovvero la difficoltà riscontrata a mantenere il sonno per cause inerenti la sensazione di troppo caldo o troppo freddo, il dovere andare in bagno, il fare brutti sogni, la presenza di dolori e le difficoltà respiratorie) si sono ottenuti i tre gruppi (Tabella 4) che, attraverso valori dicotomici (0;1) caratterizzano la soluzione così ottenuta:

| | |
|------------------------------|--|
| - (0 0 1) e (0 1 1) | - > Gruppo A (15 soggetti totali) Insonnia terminale |
| - (0 1 0), (1 0 0) e (1 1 0) | - > Gruppo B (53 soggetti totali) Insonnia iniziale e centrale |
| - (1 1 1) e (1 0 1) | - > Gruppo C (62 soggetti totali) Insonnia globale |

| | | | N |
|--------------------------|---|----------------------------|----|
| <u>Diagnosi</u> Insonnia | 1 | Ins. PRIMARIA | 55 |
| | 2 | Ins. SECONDARIA | 75 |
| <u>Tipo</u> insonnia | A | Terminale | 15 |
| | B | Iniziale - Centrale | 53 |
| | C | Globale | 62 |

Tabella 4: suddivisione del campione per diagnosi (Insonnia Primaria e Secondaria) e cronologia (Terminale, Iniziale - Centrale, Globale)

Oltre alle analisi descrittive sui due campioni sono state eseguite analisi della varianza per identificare possibili differenze di età.

Sono inoltre stati condotti test non parametrici (U di Man-Whitney) per verificare le differenze nelle singole scale utilizzate nei due gruppi.

Infine è stata utilizzata la Latent Classes Analysis (LCA). La Latent Class Analysis (LCA) è una tecnica statistica per l'analisi multivariata di dati categoriali dove ogni item può assumere diversi livelli di risposta.

Essa viene utilizzata allo scopo di valutare le inter-relazioni tra le variabili osservate (item dei vari questionari), identificare e caratterizzare gruppi (cluster) di soggetti con caratteristiche comuni e approssimare la distribuzione dei punteggi ottenuta dall'insieme degli item misurati. Nel dettaglio, il modello statistico basato su LCA cerca di organizzare la tabella di contingenza (ottenuta dagli item misurati) con una variabile latente, anch'essa categoriale, che riduce le correlazioni tra gli item di partenza.

L'ipotesi base per l'applicabilità di LCA consiste nell'indipendenza dei valori di ogni singolo item (assunzione tipicamente definita d'indipendenza "locale" o "condizionale"). Il modello statistico calcolato infatti raggruppa probabilisticamente ogni soggetto in una classe latente la quale, a sua volta, produce una stima della probabilità che quel soggetto risponda con un certo livello di risposta ad ogni item misurato.

L'analisi LCA è stata applicata a tutti i soggetti per quanto riguarda gli item dei questionari HAM-A, HAM-D e PSQI (rispettivamente) per individuare ogni volta le classi latenti che caratterizzano il campione.

Il numero di classi latenti è stato determinato mediante indici statistici basati sulla teoria dell'informazione (AIC – Akaike Information Criterion, BIC – Bayesian Information Criterion) in quanto la bassa numerosità del campione (rispetto al numero di item e di livelli presenti nei suddetti questionari) non ha permesso l'utilizzo corretto del test del χ^2 (o del G^2).

A seguito di questa analisi, ogni soggetto è stato identificato come appartenente ad una specifica classe latente in base al valore di massima probabilità tra le classi latenti ottenute: sono stati pertanto effettuati una serie di test χ^2 per valutare le differenze in termini di diagnosi d'insonnia (primaria e secondaria) e cronologia d'insonnia, in base alle proporzioni di soggetti appartenenti alle suddette categorie.

Per questa analisi il campione dei due gruppi è stato suddiviso per diagnosi di insonnia (primaria e secondaria) e cronologia d'insonnia (iniziale, centrale e terminale) in funzione dell'intera batteria di test utilizzata nel presente studio: le scale rivolte alla valutazione del disturbo depressivo, ansioso e del sonno sono state analizzate singolarmente; mentre le altre sono state raggruppate con lo scopo di individuare ulteriori caratteristiche indipendenti del campione.

Allo scopo di valutare le differenze tra insonni primari e secondari e tra le diverse tipologie di insonnia in relazione ai diversi fenomeni psicopatologici la LCA è stata prima utilizzata sui fenomeni ansiosi (prendendo in considerazione i punteggi totali della HAM-A: ovvero è stata considerata la tipologia di insonnia come conseguenza del grado di ansia dei soggetti, per procedere poi ad una differenziazione tra insonni primari e secondari all'interno delle due classi ottenute). Allo stesso modo si è proceduto, oltre che per la distinzione primari-secondari, anche per la distinzione cronologica nelle 3 classi di insonnia (quelle

derivanti dagli accorpamenti dei soggetti in base all'insonnia iniziale, centrale e terminale).

Lo stesso tipo di analisi è stato condotto anche utilizzando specificatamente la scala per i fenomeni depressivi HAM-D.

L'analisi LCA è stata poi condotta prendendo in considerazione il reattivo dei disturbi del sonno (PSQI).

Infine è stata condotta una analisi fattoriale sui questionari di psicopatologia utilizzati (HAMD, HAMA, LSPS, MSPS, Y-BOCS, ARS) allo scopo di evidenziare le variabili latenti del campione e di testarle successivamente con la LCA e con le analisi standard della varianza e di regressione multipla.

L'analisi fattoriale è stata applicata alla matrice di correlazione delle scale totali di ciascun questionario eliminando dalle scale HAM-D e HAM-A gli item direttamente relativi ai disturbi del sonno: il numero di fattori latenti è stato determinato tramite la tecnica della parallel analysis basata sulla generazione casuale di dati con le stesse proprietà statistiche degli item in esame (metodo Monte Carlo). A seguito della scelta del numero dei fattori, essi sono stati ruotati secondo il criterio varimax per una migliore interpretazione in termini degli item di partenza: una soglia pari al valore di correlazione di 0.6 è stata infine applicata ai loadings per identificare gli item maggiormente correlati con i fattori latenti estratti.

Una analisi MANOVA è stata applicata per verificare le differenze dei singoli fattori nelle due tipologie di insonnia.

Infine è stata condotta una analisi di regressione multipla allo scopo di verificare quali parametri demografici e psicopatologici predicessero la gravità dell'insonnia indipendentemente dalla classificazione in primaria e secondaria. Nel primo blocco di regressione sono state inserite le variabili demografiche quali età e genere mentre il secondo comprendeva i fattori latenti.

In ciascun blocco una analisi forward stepwise è stata utilizzata per identificare predittori indipendenti della qualità del sonno: in particolare, la variabile il cui coefficiente di regressione aveva il valore più elevato e una $p < 0.05$ è entrato come predittore nel modello di regressione. La procedura è stata condotta in maniera iterativa finché tutte le variabili rimaste non fossero con una $p > 0.05$.

3. RISULTATI

Da una prima inferenza statistica effettuata con un'analisi ANOVA sull'età per valutare le differenze tra la diagnosi (insonnia primaria e secondaria) e le 3 tipologie di insonnia (gruppo A, B e C) risulta che non esiste differenza tra le 3 tipologie d'insonnia ($p=0.40$), non esiste un effetto d'interazione significativo tra tipologia e diagnosi d'insonnia ($p=0.06$), mentre si nota un effetto significativo sull'età dato dalla diagnosi d'insonnia ($p<0.01$, chi quadro= 12%). Le varianze dei vari gruppi non sono statisticamente significative ($p>0.05$), prerequisito dell'ANOVA in presenza di sotto-campioni ridotti come il caso di soggetti con insonnia primaria e insonnia del gruppo A (Tabella 5).

| Diagnosi Insonnia | Tipo insonnia | Media | Deviazione St. | N |
|-------------------|---------------|-------|----------------|-----|
| Ins. PRIMARIA | A | 43,57 | 9,796 | 7 |
| | B | 46,52 | 14,142 | 23 |
| | C | 47,64 | 13,130 | 25 |
| | Totale | 46,65 | 13,056 | 55 |
| Ins. SECONDARIA | A | 66,00 | 11,238 | 8 |
| | B | 53,17 | 10,876 | 30 |
| | C | 52,22 | 14,430 | 37 |
| | Totale | 54,07 | 13,305 | 75 |
| Totale | A | 55,53 | 15,441 | 15 |
| | B | 50,28 | 12,713 | 53 |
| | C | 50,37 | 13,994 | 62 |
| | Totale | 50,93 | 13,654 | 130 |

Tabella 5: diagnosi d'insonnia (Primaria e Secondaria) e tipologia d'insonnia (Iniziale, Centrale e Terminale). ANOVA

L'analisi inferenziale Mann Whitney U test, invece, è stata condotta per valutare le differenze tra i due sottogruppi in tutte le scale totali dei vari questionari. In generale, i soggetti con diagnosi di insonnia secondaria mostrano punteggi

maggiori rispetto a quelli con insonnia primaria (le scale sono evidenziate dall'asterisco) (Tabella 6).

| Scale | Diagnosi Insonnia | Media | Deviazione Standard | Errore Standard |
|---------------------------------|-------------------|--------------|---------------------|-----------------|
| HAMD Fattore I * | Ins. PRIMARIA | 1,60 | 1,832 | ,247 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,56 | 2,882 | ,333 |
| HAMD Fattore II * | Ins. PRIMARIA | ,04 | ,270 | ,036 |
| | Ins. SECONDARIA | 1,24 | ,694 | ,080 |
| HAMD Fattore III * | Ins. PRIMARIA | 2,22 | ,809 | ,109 |
| | Ins. SECONDARIA | 3,51 | 1,510 | ,174 |
| HAMD Fattore IV * | Ins. PRIMARIA | ,16 | ,536 | ,072 |
| | Ins. SECONDARIA | 1,92 | 1,171 | ,135 |
| HAMD Fattore V * | Ins. PRIMARIA | ,98 | 1,312 | ,177 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,51 | 1,962 | ,227 |
| HAMD Fattore VI | Ins. PRIMARIA | 3,36 | 1,768 | ,238 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,79 | 1,884 | ,218 |
| HAMD Totale * | Ins. PRIMARIA | 7,36 | 4,129 | ,557 |
| | Ins. SECONDARIA | 20,52 | 6,209 | ,717 |
| HAMA Totale * | Ins. PRIMARIA | 5,15 | 4,441 | ,599 |
| | Ins. SECONDARIA | 12,24 | 7,149 | ,825 |
| LSPS Ansia sociale Totale * | Ins. PRIMARIA | 5,24 | 7,416 | 1,000 |
| | Ins. SECONDARIA | 10,35 | 11,101 | 1,282 |
| LSPS Ansia prestazioni Totale * | Ins. PRIMARIA | 6,38 | 7,143 | ,963 |
| | Ins. SECONDARIA | 12,03 | 12,085 | 1,395 |
| MSPS Paura Totale * | Ins. PRIMARIA | 12,93 | 14,421 | 1,944 |
| | Ins. SECONDARIA | 24,07 | 23,015 | 2,658 |
| MSPS Evitamento Totale * | Ins. PRIMARIA | 6,44 | 7,198 | ,971 |
| | Ins. SECONDARIA | 10,40 | 10,394 | 1,200 |
| MSPS Agora Paura Totale * | Ins. PRIMARIA | 6,65 | 9,575 | 1,291 |
| | Ins. SECONDARIA | 14,23 | 14,947 | 1,726 |
| MSPS Agora Evitamento Totale * | Ins. PRIMARIA | 3,29 | 4,689 | ,632 |
| | Ins. SECONDARIA | 6,27 | 6,854 | ,791 |
| MSPS Malattia Paura Totale | Ins. PRIMARIA | 2,76 | 4,238 | ,571 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,53 | 5,928 | ,685 |
| MSPS Malattia Evitamento Totale | Ins. PRIMARIA | 1,24 | 1,875 | ,253 |
| | Ins. SECONDARIA | 1,69 | 2,504 | ,289 |
| MSPS Sociale Paura Totale | Ins. PRIMARIA | 2,53 | 4,109 | ,554 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,17 | 5,778 | ,667 |
| MSPS Sociale Evitamento | Ins. PRIMARIA | 1,36 | 2,163 | ,292 |

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------|--------|--------------|
| | Ins. SECONDARIA | 2,00 | 2,615 | ,302 |
| MSPS_16 Giudizio * | Ins. PRIMARIA | 2,56 | 2,644 | ,357 |
| | Ins. SECONDARIA | 4,01 | 3,104 | ,358 |
| Y-BOCS Ossessioni Totale | Ins. PRIMARIA | 6,13 | 3,596 | ,485 |
| | Ins. SECONDARIA | 7,29 | 5,196 | ,600 |
| Y_BOCS Compulsioni | Ins. PRIMARIA | 2,75 | 4,461 | ,601 |
| Totale | Ins. SECONDARIA | 3,81 | 5,219 | ,603 |
| ARS – A Modi spostamenti | Ins. PRIMARIA | 4,02 | 11,318 | 1,526 |
| Totale | Ins. SECONDARIA | 12,00 | 21,796 | 2,517 |
| ARS – B Area spostamenti | Ins. PRIMARIA | 1,51 | 5,309 | ,716 |
| Totale * | Ins. SECONDARIA | 8,21 | 22,954 | 2,650 |
| PSQI Totale | Ins. PRIMARIA | 13,65 | 3,373 | ,455 |
| | Ins. SECONDARIA | 14,84 | 3,272 | ,378 |

Tabella 6: differenze tra i due gruppi nelle scale di tutti i test utilizzati. Mann Whitney U test

LCA

Analisi sulle classi latenti ottenute con il questionario HAM-A

La classe 1 rappresenta il 32% del totale dei soggetti (42 su 130) ed è caratterizzata da un profilo ansioso più patologico rispetto alle classe 2. In particolare soggetti appartenenti a questo cluster mostrano:

- insonnia grave (48% rispetto agli altri giudizi dell'item 4 di HAMA riguardante l'insonnia);
- ansia (64%), tensione (62%), paura (44%) e umore depresso (67%) moderati;
- sfera intellettiva (41%), sintomi somatici all'apparato muscolare (44%) e agli organi di senso (44%), comportamento durante l'esame (55%) lievi;
- sintomi cardiovascolari (45%), respiratori (64%), gastrointestinali (64%), genito-urinari(81%), sintomi a carico del S.N. autonomo (57%) assenti.

La classe 2 rappresenta invece il 68% del totale dei soggetti (88 su 130, maggioranza dei soggetti) ed è caratterizzata da un profilo ansioso meno patologico rispetto alle classe 1. In particolare soggetti appartenenti a questo cluster mostrano:

- ansia (59%), tensione (54%), insonnia (42%) lievi;

- tutti gli altri tratti assenti con percentuali maggiori del 90% (a parte fobie (77%), sfera intellettiva (54%), umore depresso (49%) e comportamento durante l'esame (56%).

Esiste una differenza significativa (chi quadro=19.96, $p<0.001$) tra il numero di soggetti con Insonnia Primaria e Secondaria all'interno delle 2 classi. In particolare, la classe 1 mostra un maggior numero di soggetti con insonnia secondaria (36 su 42 cioè l'86%, $p<0.05$) rispetto a quelli con insonnia primaria (6 su 42 cioè il 14%, $p<0.05$); la classe 2 invece mostra un numero maggiore di soggetti con insonnia primaria (49 su 88 cioè il 56% circa, $p<0.05$) (Figura 1).

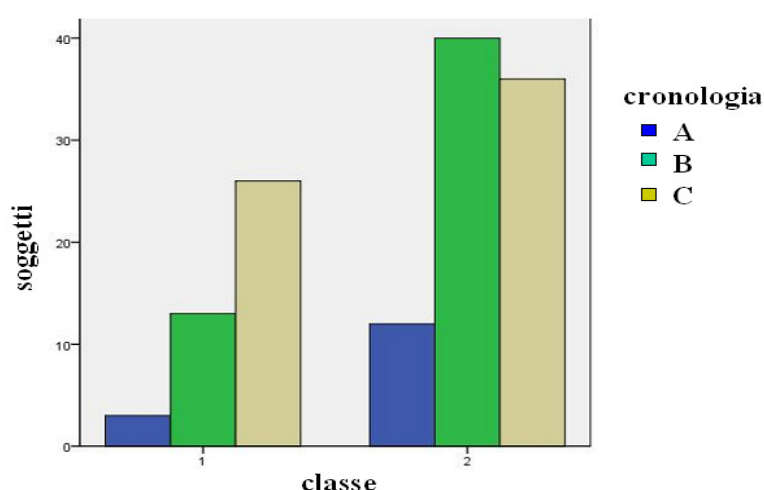


Figura 1: distribuzione della cronologia dell'insonnia nelle classi latenti per HAM-A

L'analisi dei dati LCA effettuata sui dati, in funzione dei tre gruppi della cronologia del sonno, non fa emergere differenze statisticamente significative.

Analisi sulle classi latenti ottenute con il questionario HAM-D

La classe 1 rappresenta il 47% della popolazione (61 su 130) mentre la classe 2 il 53% (69 su 130).

La classe 1 presenta globalmente punteggi dei fattori maggiori rispetto alla classe 2 (in particolare per quanto riguarda il rallentamento): per questo, la classe 1 sembra riportare sintomi più patologici nel profilo depressivo rispetto alla classe 2.

Esiste una differenza significativa tra le 2 classi così trovate e insonnia primaria/secondaria (chi quadro = 44,761, $p < 0.01$).

I soggetti della classe 1 (più depressi rispetto alla classe 2) sono quasi tutti insonni secondari mentre i soggetti della classe 2 (meno depressi rispetto alla classe 1) sono in maggior parte insonni primari.

Non esiste invece alcuna differenza significativa per quanto riguarda la cronologia d'insonnia (chi quadro = 0,111; $p = 0.96$).

Analisi sulle classi latenti ottenute con il questionario PSQI

La classe 1 rappresenta la maggioranza dei soggetti (93 su 130 cioè il 72%) ed è caratterizzata da:

- una qualità soggettiva del sonno molto cattiva (87% rispetto ai 4 livelli dell'item 1);
- una latenza di sonno di grado 3 su una scala dell'item 2 che spazia da 0 a 3 (65%);
- una durata del sonno ≤ 5 ore (95%);
- un'efficacia abituale del sonno $\leq 65\%$ (90%);
- disturbi del sonno di grado 1 su una scala dell'item 5 che spazia da 0 a 3 (59%);
- un uso di ipnotici ≥ 3 volte a settimana (58%);

- disturbi durante il giorno di grado 1 su una scala dell'item 7 che spazia da 0 a 3 (39%).

La classe 2 rappresenta invece il 28% dei soggetti (37 su 130) ed è caratterizzata da:

- una qualità soggettiva del sonno abbastanza cattiva (41% rispetto ai 4 livelli dell'item 1);

- una latenza di sonno di grado 2 su una scala dell'item 2 che spazia da 0 a 3 (35%);

- una durata del sonno di 5-6 ore (67%);

- un'efficacia abituale del sonno >85% (34%);

- disturbi del sonno di grado 1 su una scala dell'item 5 che spazia da 0 a 3 (59%);

- un uso di ipnotici >3 volte a settimana (63%);

- disturbi durante il giorno di grado 1 su una scala dell'item 7 che spazia da 0 a 3 (39%).

Dai dati emerge una sintomatologia lievemente più patologica nei soggetti appartenenti alla classe 1 rispetto a quelli della classe 2, anche se non vi sono differenze significative per i due gruppi così come non sono risultate differenze fra insonnia primaria e insonnia secondaria all'interno degli stessi ($p>0.05$) (Figura 2).

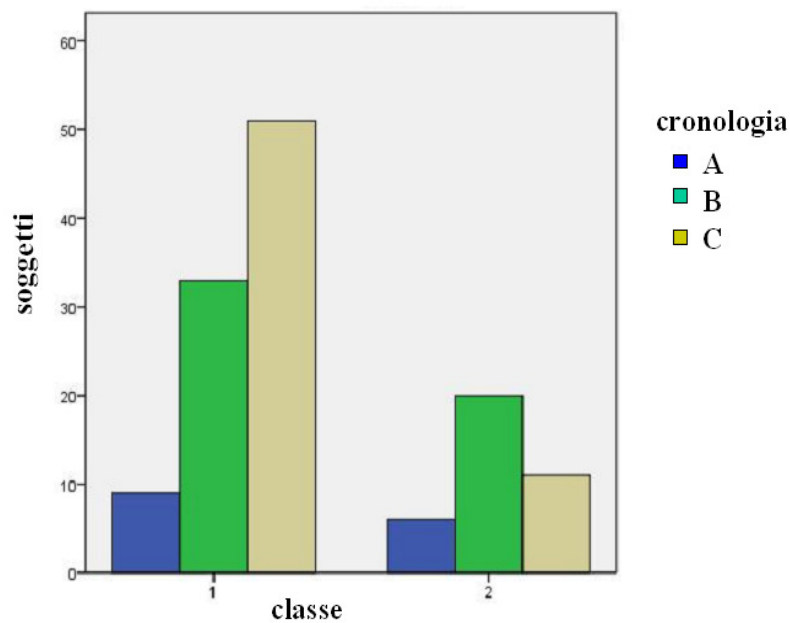


Figura 2: distribuzione della cronologia dell'insonnia nelle classi latenti per PSQI

Esiste invece una differenza significativa per quanto riguarda la cronologia d'insonnia ($\chi^2 = 6,719$; $p=0.035$). In particolare viene rilevato un minor numero di soggetti della classe 2 con "cronologia" d'insonnia di tipo C (ovvero insonnia globale) (11 soggetti) rispetto alla classe 1 (51 soggetti). Questo è il motivo del fatto che il χ^2 risulta significativo e rileva globalmente delle differenze tra le 2 classi di soggetti rispetto ai 3 gruppi della cronologia d'insonnia.

La proporzione di soggetti dei gruppi A e B risulta, invece, quasi la stessa per entrambe le classi (Figura 3).

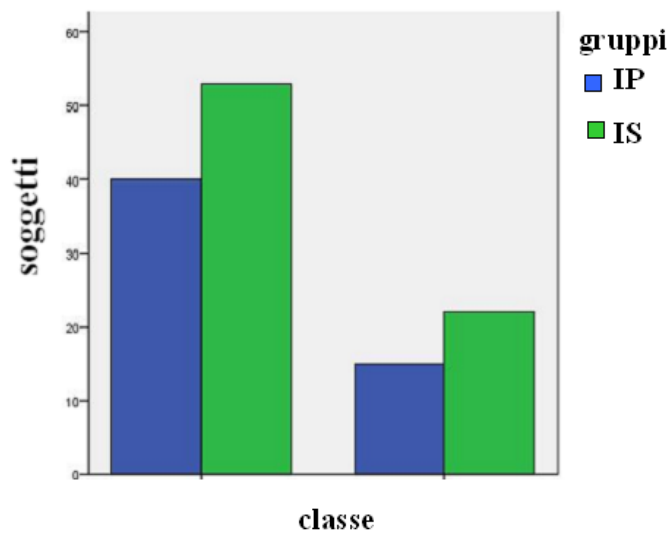


Figura 3: distribuzione dei primari e dei secondari nelle due classi per il PSQI

Analisi fattoriale

In sintesi, nel campione totale(130 soggetti) con disturbi del sonno, si evidenziano 4 fattori indipendenti:

- 1) l'aspetto fobico-agorofobico;
- 2) l'aspetto ansioso-depressivo;
- 3) l'aspetto fobico relativo alla malattia;
- 4) l'aspetto ossessivo-compulsivo contrapposto (inversamente e in maniera debole) alle variazioni diurne dell'ansia.

(Tabella 7)

| | Fattori Latenti | | | |
|-------------------------|-----------------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| HAMD Fatt. I | | ,819 | | |
| HAMD Fatt. II | | | | |
| HAMD Fatt. III | | ,793 | | |
| HAMD Fatt. IV | | | | |
| HAMD Fatt. V | | ,748 | | |
| HAMA (TOT) | | ,881 | | |
| LSPS__Tot ansiasoc | ,812 | | | |
| LSPS__Tot ansiaper | ,857 | | | |
| MSPS Tot_Paura | ,795 | | | |
| MSPS Tot_Evitamento | ,809 | | | |
| MSPS Tot_Agora Paura | ,760 | | | |
| MSPS Tot_Agora | ,758 | | | |
| Evitamento | | | | |
| MSPS Tot_Malattia Paura | | | ,852 | |
| MSPS Tot_Malattia | | | ,868 | |
| Evitamento | | | | |
| MSPS Tot_Social Paura | ,811 | | | |
| MSPS Tot_Social | ,809 | | | |
| Evitamento | | | | |
| MSPS_16 Giudizio | ,600 | | | |
| Y-BOCS Oss_Tot | | | | ,632 |
| Y_BOCS Comp_Tot | | | | ,708 |
| ARS -A _Tot modi spost | ,718 | | | |
| ARS -B _Tot area spost | ,650 | | | |

Tabella 7: Tabella dei loadings

L'analisi MANOVA ha evidenziato una differenza significativa solo per il fattore ansia-depressione ($p < 0.05$) tra le due diagnosi di insonnia primaria e secondaria. I pazienti con insonnia secondaria del campione infatti hanno totalizzato un punteggio maggiore in questo fattore.

Relativamente alle 3 classificazioni della "cronologia" d'insonnia; l'aspetto ansioso-depressivo (2° fattore) è comune alla "cronologia" d'insonnia; l'aspetto

ossessivo-compulsivo (4° Fattore) discrimina tra le 3 tipologie di "cronologia" d'insonnia (in particolare, tra B e C) ma è a comune tra gli insonni primari e secondari. In particolare, più il tratto ossessivo-compulsivo è presente nel soggetto, più il soggetto ha una cronologia d'insonnia di tipo B (cioè NON TERMINALE) mentre al contrario minore è questo tratto più il soggetto ha una cronologia d'insonnia di tipo C (cioè globale) (Figura 4 e Figura 5).

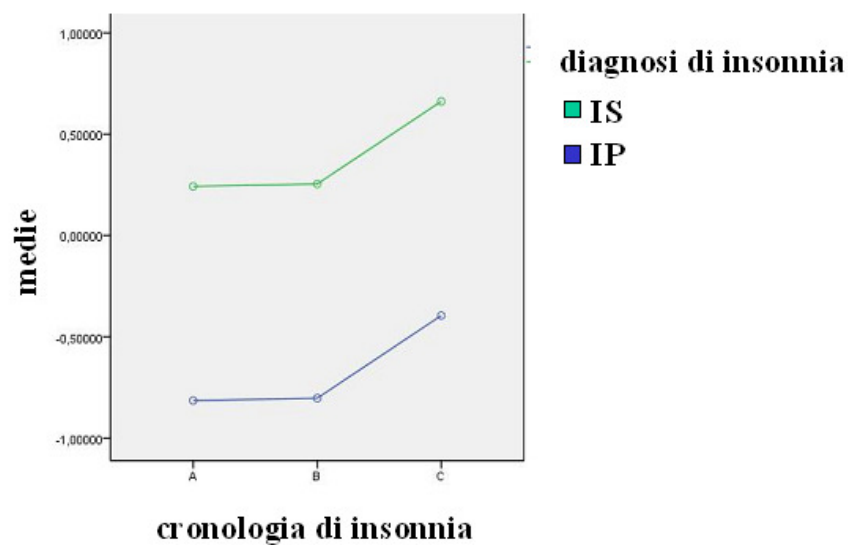


Figura 4: Analisi Fattoriale. Distribuzione del fattore 2 nella cronologia fra i due gruppi

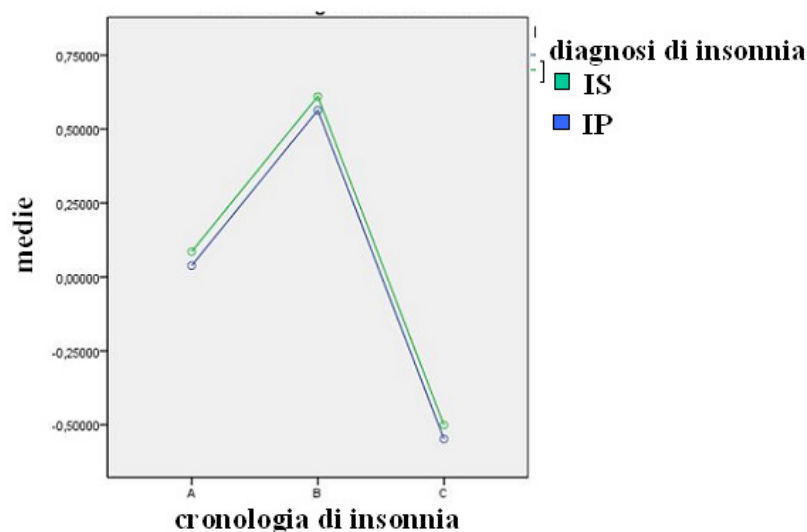


Figura 5: Analisi Fattoriale. Distribuzione del fattore 3 nella cronologia fra i due gruppi

Riassunto dei risultati sui questionari e sui fattori latenti

Dall'analisi dei fattori latenti, dunque, dell'intera batteria dei test utilizzati nel presente studio sul campione degli insonni, è emerso quanto segue:

1) l'aspetto fobico relativo alla malattia (3° fattore AF) e l'aspetto fobico-
agorafobico (1° fattore AF) sono:

- comuni ad entrambe le diagnosi d'insonnia (primaria e secondaria)
- comuni alle 3 classificazioni della "cronologia" d'insonnia;

2a) l'aspetto depressivo (2° fattore AF e HAMD) è:

- diverso tra gli insonni primari e secondari (in particolare un maggior grado di depressione rispetto alla media del campione è associato all'insonnia secondaria)
- comune alla "cronologia" d'insonnia;

2b) l'aspetto d'ansia (HAMA) del soggetto insonne è:

- diverso tra gli insonni primari e secondari (in particolare un maggior grado di

ansia rispetto alla media del campione è associato all'insonnia secondaria)

- comune alla "cronologia" d'insonnia;

3a) La qualità del sonno (questionario PSQI) è:

- comune ad entrambe le diagnosi d'insonnia (primaria e secondaria)

- diversa per quanto riguarda la "cronologia" d'insonnia (in particolare chi ha una qualità di sonno peggiore rispetto alla media del campione mostra una "cronologia" d'insonnia di tipo C);

3b) l'aspetto ossessivo-compulsivo (4° Fattore AF) è:

- comune tra gli insonni primari e secondari.

- diverso per quanto riguarda la "cronologia" d'insonnia [il particolare, più il tratto ossessivo-compulsivo è presente in un soggetto del campione, maggiormente si avrà una "cronologia" d'insonnia di tipo B (cioè NON TERMINALE) mentre al contrario minore è il tratto ossessivo-compulsivo più il soggetto ha una cronologia d'insonnia di tipo C (globale).

Regressione multipla

Come riportato in tabella e in figura il PSQI totale è predetto unicamente e in maniera positiva dal fattore latente Ansia-Depressione (fattore principale 2) indipendentemente dalla diagnosi di insonnia primaria e secondaria (Tabella 8).

| Modelli | | Coefficienti Non Standardizzati | | Coefficienti Standardizzati | | Sig. |
|---------|---------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------|------|
| | | B | Errore Standard | Beta | t | |
| 1 | (Costante) | 14,338 | ,285 | | 50,372 | ,000 |
| | Fattore Ansia-Depressione | ,893 | ,286 | ,266 | 3,124 | ,002 |

Tabella 8: risultati per la RM per il fattore latente Ansia-Depressione

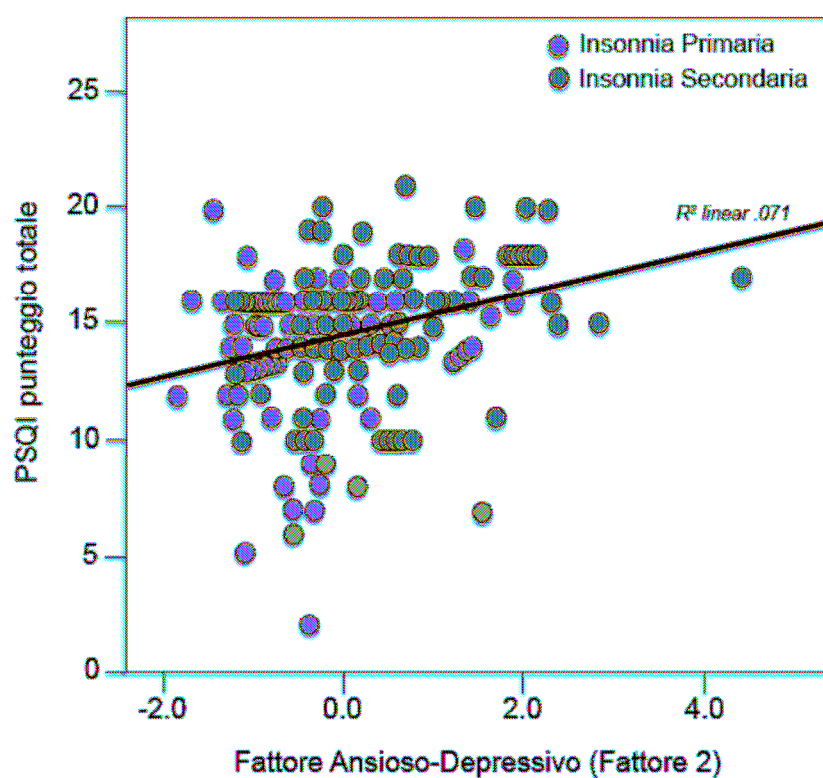


Figura 6: Regressione Multipla. Gravità dell'insonnia in rapporto al fattore ansia-depressione nei due gruppi

4. DISCUSSIONE

Da questo lavoro emergono alcuni risultati principali: 1) la gravità dell'insonnia misurata con il PSQI non è diversa nei pazienti con insonnia primaria rispetto a quelli con insonnia secondaria. Tale dato emerge sia dal confronto diretto delle medie che con la analisi delle LCA: le due classi emerse dall'analisi sul PSQI non presentano una distribuzione diversa tra insonni primari e secondari; 2) la gravità dell'insonnia non è neppure in relazione alla tipologia cronologica dell'insonnia: nel nostro campione i tre tipi di insonnia presi in considerazione non si ripartiscono in modo differente nelle due classi di gravità; 3) sia l'analisi di confronto diretto tra i gruppi che l'analisi fattoriale che l'analisi delle LCA sulle scale di ansia e depressione mette in relazione una differenza tra gli insonni primari e gli insonni secondari: quest'ultimo gruppo presenta, come ci si aspettava, un maggiore carico psicopatologico; 4) la tipologia cronologica dell'insonnia iniziale è maggiormente legata al fattore ossessivo, mentre, al contrario delle osservazioni classiche né la diagnosi di depressione né il fattore ansioso-depressivo sembrano essere in relazione ad una specifica cronologia di insonnia; 5) il fattore ansioso-depressivo predice la gravità dell'insonnia misurata con il PSQI indipendentemente dalla diagnosi di insonnia (primaria o secondaria): una quota di disturbi psicopatologici è quindi comunque presente in caso di insonnia e sembra essere in relazione con la gravità percepita del disturbo.

Riteniamo anzitutto necessario discutere alcuni punti relativi alle caratteristiche demografiche del campione. È infatti possibile identificare differenze tra i due gruppi relativamente all'età: gli insonni primari sono più giovani dei secondari. Come citato dallo State of the Science Conference (2005), il genere e l'età sembrano essere importanti fattori di rischio di insonnia. Katz e McHorney (1998) e Ford e Kamerow (1989) sono d'accordo nel sostenere che l'aspetto

legato all'età (e al genere) potrebbe essere attribuito alla comorbidità con una condizione medica o psichiatrica (Johnson e coll., 2006). L'incidenza di depressione e di disturbi psicopatologici tende ad aumentare con l'età rendendo di fatto più probabile una diagnosi di insonnia secondaria. Altri studi, tuttavia, condotti sulla popolazione generale riscontrano un dato differente. Come riportato nel capitolo introduttivo, Ohayon nel suo campione (1996) ha riscontrato che nel 5,6% dei casi è stata data una diagnosi specifica di disturbo del sonno, la cui maggior parte era insonnia secondaria ad un disturbo mentale (principalmente si trattava di un disturbo d'ansia generalizzata). L'insonnia primaria è stata diagnosticata nell'1,3% del campione.

I nostri risultati sembrerebbero quindi sostenere alcuni degli assunti relativi all'età anche se essendo il presente uno studio su un campione di pazienti e non uno studio di popolazione è difficile generalizzare questo risultato. Per lo stesso motivo non è possibile discutere il dato delle differenze di genere nei due gruppi presi in considerazione dallo studio.

Al di là di queste differenze, nel nostro studio le caratteristiche soggettive dell'insonnia sembrerebbero non giustificare la ripartizione in due gruppi. Relativamente, infatti, alla gravità dell'insonnia nel nostro campione non ci sono differenze tra gli insonni primari e gli insonni secondari. Il dato emerge chiaramente sia dal confronto del punteggio totale del reattivo Pittsburgh attraverso il test Mann-Whitney che dalla distribuzione delle Classi Latenti effettuate con la Latent Class Analysis. Questo dato sembra essere dovuto al fatto che il disagio percepito dai soggetti appartenenti ai due gruppi è sovrapponibile, ovvero non dissimile per entrambe le categorie. Altro aspetto interessante è che non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra tipologia fenomenica dell'insonnia (iniziale-centrale, terminale o globale) nei due gruppi di insonnia primaria e secondaria. Sebbene il gruppo di pazienti con insonnia secondaria sia relativamente eterogeneo per il tipo di disturbo mentale diagnosticato, questo nostro risultato è, almeno parzialmente in controtendenza alla notazione classica che vede nell'insonnia terminale il classico pattern di disturbo del sonno del depresso (Tanzi e Lugaro, 1923). Di fatto anche recentemente alcuni studi hanno

inficiato questa idea sostenendo che, seppure l'insonnia sia ubiquitariamente presente nei disturbi dell'umore, le sue caratteristiche fenomenico-cliniche non siano specifiche (Ohayon & Roth T., 2003).

I nostri risultati sono quindi da porre in relazione con quanto proposto in letteratura da vari autori, i quali molta importanza hanno dato alla qualità del sonno e all'associazione tra questa ed il soggettivo benessere nella fase iniziale del sonno (Keeklund e coll., 2003), mantenimento dello stesso (Keeklund e coll., 1997; Webb e coll., 1976), tempo complessivo del sonno (Bastien e coll., 2003), e risveglio precoce al mattino (Keeklund e coll., 1997; Webb e coll., 1976).

Al di là di questi ultimi aspetti il nostro studio è in accordo con Moul (2002) e Edinger (2000), confermando una sorta di discrasia fra l'appartenenza ad una categoria e le soggettive percezioni che il soggetto prova in funzione dell'insonnia. L'aspetto clinico fenomenico non è tanto in relazione alla diagnosi di Insonnia Primaria o di Insonnia Secondaria, ma sembra interessare specificatamente l'insonnia in quanto tale, indipendentemente dalle condizioni cliniche concomitanti. Quindi, non vi è distinzione sul piano fenomenico tra i due gruppi di insonnia primaria e secondaria. Il nostro lavoro è quindi in accordo anche con quello di Nowell e coll, (1997) che individuava nella presenza di un disturbo psichiatrico l'elemento diagnostico dirimente per la distinzione tra un disturbo di insonnia correlato ad un disturbo mentale o primario.

Sia le analisi delle singole scale e sottoscale psicopatologiche di ansia e di umore sia l'analisi dei fattori, sia l'analisi LCA mettono invece in luce differenze nel grado di psicopatologia nei due gruppi. L'analisi con il test di Mann-Whitney evidenzia differenze tra insonni primari e secondarie nelle scale della depressione (HAMD) dell'ansia generale (HAMA) sociale (LSPS), fobica (MSPS) e agorafobica (ARS).

Attraverso l'analisi fattoriale viene inoltre rilevata una differenza significativa tra i due gruppi anche se solo relativamente al fattore 2 (ansia-depressione). Anche la LCA, infine, condotta sulle scale di Hamilton per ansia e depressione

evidenzia in entrambi i casi 2 classi, di gravità crescente. L'analisi del Chi quadro dimostra che i pazienti affetti da insonnia secondaria siano più frequentemente inseriti nella classe a gravità maggiore.

L'insieme di questi risultati sulle scale psicopatologiche è certamente ben più che atteso: gli insonni secondari che per definizione hanno un disturbo mentale conclamato vengono ben distinti da ciascuna delle analisi prese in considerazione, dagli insonni primari proprio per la gravità dei sintomi psicopatologici. Dato che la grande maggioranza dei pazienti con insonnia secondaria sono stati diagnosticati come affetti da un disturbo depressivo, di panico o di ansia generalizzato (da soli o in comorbidità), non sorprende che le differenze siano soprattutto significative nei cluster ansioso-depressivo.

Di fatto dunque i risultati confermano la sensibilità del nostro approccio di analisi dei dati che discrimina bene le differenze psicopatologiche tra gli insonni primari e secondari indirettamente rafforzando il risultato di una assenza di differenze tra i due gruppi quando i sintomi nucleari di insonnia sono coinvolti.

Tra gli altri fattori psicopatologici emersi dalla analisi fattoriale, particolare interesse sembra possedere il fattore ossessivo-compulsivo. Esso non è differente nei due gruppi di insonni primari e secondari, risultato questo che ancora una volta non è imprevisto data la scarsa prevalenza di un disturbo ossessivo-compulsivo conclamato nel nostro gruppo di pazienti. Tale fattore sembra invece avere una relazione con la tipologia fenomenica di insonnia (iniziale, centrale, terminale o globale) indipendentemente dall'appartenenza diagnostica. Il fattore ossessivo compulsivo è infatti maggiormente espresso nelle forme di insonnia di tipo iniziale e centrale suggerendo come un fattore di ruminazione possa essere un elemento per la genesi e il mantenimento di questa forma di insonnia indipendentemente che si presenti in corso di disturbo psichiatrico conclamato oppure no. In letteratura alcuni ricercatori riportano come in gruppi di individui con sintomi di insonnia sottosoglia, i sintomi d'ansia siano riscontrati nel 25% dei casi, con la conclusione che l'ansia associata all'insonnia riflette più la paura degli individui riguardo alle difficoltà del sonno rispetto al disturbo del sonno

vero e proprio (Coates & Thoresen, 1981). Gli autori mettono anche in luce proprio la presenza di ruminazione a letto, evidenziando quanto questa venga associata alla sopravvalutazione della latenza del sonno e alla sottovalutazione della sua durata.

.

Il risultato più innovativo e rilevante per quanto riguarda il problema tassonomico di distinzione tra insonnia primaria e secondaria è, tuttavia a nostro parere, il fatto che la gravità dell'insonnia, misurata attraverso il punteggio totale del PSQI dipende in maniera lineare dal fattore ansioso-depressivo indipendentemente dal gruppo diagnostico di appartenenza. Questo risultato, anzitutto ci pone nell'ottica di un recupero degli aspetti dimensionali nella psicopatologia dell'insonnia che non sembra legata a fenomeni di natura qualitativa e categoriale come la attuale tassonomia indicherebbe ma ad un continuum. In questo senso l'insonnia non è più una condizione sganciata dagli aspetti psicopatologici, la cui evoluzione verso un disturbo d'ansia o di umore è da considerarsi una vulnerabilità (Guazzelli e Gentili, 2008).. L'insonnia non sarebbe più, cioè un disturbo diverso, altro, rispetto alla psicopatologia, che per meccanismi psico-fisio-patologici suscettibilizza ad un disturbo mentale. Al contrario si può ipotizzare a partire dai nostri risultati che esista già un cuore psicopatologico d'ansia e di umore in quasi ogni insonnia primaria che può progredire verso un disturbo psicopatologico conclamato. Di fatto questi risultati ci riportano ai concetti di spettro depressivo molto ben approfonditi dalla scuola pisana. L'insorgenza dei disturbi del sonno sembra precedere e accompagnare gli episodi di depressione maggiore; infatti, almeno il 65% dei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore riporta uno dei seguenti disturbi del sonno anche prima dello sviluppo conclamato dell'episodio: difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli notturni, risveglio molto precoce al mattino (Guazzelli e Gentili, 2008). Entità e gravità dei disturbi del sonno sono anche in rapporto diretto con la gravità del quadro clinico depressivo, come avevano già sottolineato gli psichiatri dei primi anni '50, per i quali la completa perdita del sonno notturno era il segno dell'aggravarsi della depressione, Anche l'esame

EEG evidenzia che determinate alterazioni del sonno possono essere associate a specifici sintomi depressivi.

Nell'ottica di una visione di spettro possiamo anche riconsiderare quanto formulato nei manuali diagnostici per quanto attiene i disturbi del sonno. L'ICSD ad esempio descrive accuratamente come insonnie riconducibili al concetto di primario siano infatti comunque costellate da sintomi d'ansia e di umore. In merito all'insonnia psicofisiologica, per esempio, gli autori del manuale diagnostico mettono in luce come gli individui inseriti in questa categoria reagiscano con tensione e agitazione ad eventi stressanti. Il significato di questi ultimi viene generalmente negato e represso, ma si manifesta con un aumento dell'arousal (per esempio, aumento della tensione muscolare, aumento della vasocostrizione attività simpatica autonoma, ecc. Relativamente alla mispercezione del sonno si parla anche di ipocondria del sonno, mentre nell'insonnia idiopatica, si fa luce come, in alcuni casi, sono state rilevate anomalie biochimiche come l'inadeguata produzione di serotonina (ICSD) spesso chiamata in causa anche nella fisiopatologia della depressione. Inoltre sebbene l'insonnia idiopatica sia considerata dall'ICSD quasi alla stregua di una anomalia strutturale del pattern ipnico e del suo funzionamento nel testo si ricorda chiaramente come i pazienti vadano incontro a deterioramento del tono dell'umore.

In conclusione i risultati del presente studio ribadiscono come i disturbi psichiatrici e disturbi del sonno sono strettamente correlati tra loro: la grande maggioranza degli individui affetti da disturbi psichiatrici presentano disturbi del sonno: Nowel e coll, nel loro studio del 1997, prendendo in esame 216 pazienti, seguenti evidenziano alta comorbidità dei disturbi psichiatrici nell'insonnia: un disturbo dell'umore costituisce il fattore di natura psichiatrica più frequentemente influente nel porre la diagnosi di insonnia correlata a disturbi mentali (63% dei casi). Un disturbo d'ansia (10% dei casi), un disturbo della personalità (10%), un disturbo di adattamento (4%), un disturbo psicotico (4%), e varie altre diagnosi

(8%). Anche Ohayon (1997) conferma la pervasiva presenza di un disturbo mentale in concomitanza con la problematica di sonno e Nofzinger e collaboratori (1993), si sono raccomandati agli studiosi affinché continuino ad identificare i particolari disturbi mentali a cui un disturbo del sonno può essere attribuito, affinché le ricerche future si focalizzino sulle ulteriori definizioni del disturbo del sonno correlato a disturbo mentale versus l'associazione della sintomatologia del sonno di un disturbo mentale. Nel nostro studio una quota psicopatologica rilevante è presente anche nei pazienti con insonnia primaria e il carico di psicopatologia correla con la gravità del disturbo del sonno indipendentemente dalla diagnosi.

L'analisi dei risultati del nostro studio mette però soprattutto in evidenza, non solo la scarsa adeguatezza dei sistemi tassonomici attuali nell'inquadramento dell'insonnia, ma anche la stretta relazione dimensionale tra disturbi del sonno e fenomeni psicopatologici rendendo dal punto di vista clinico la distinzione tra insonnia primaria e secondaria un artefatto in cui un fenomeno dimensionale viene scisso in due categorie sulla base di un cut-off arbitrario. Questa affermazione ci permette di ipotizzare un ritorno dell'insonnia primaria all'interno dall'ambito psicopatologico con particolare riferimento alla prospettiva dello spettro psicopatologico dell'umore e dell'ansia.

Altri studi dovranno certamente chiarificare meglio questo punto e fornire nuove evidenze che possano essere utili non solo sul piano gnoseologico ma anche su quello clinico.

Primo punto, relevantissimo soprattutto per quest'ultimo aspetto è comprendere quale sia l'effetto di un trattamento dell'insonnia cosiddetta primaria sul successivo potenziale sviluppo di un disturbo psicopatologico franco. Di fatto la letteratura ha dimostrato ampiamente che trattare sintomaticamente un'insonnia in corso di episodio depressivo ha effetti positivi su tutti i sintomi dell'episodio, ivi compresi quelli del core depressivo. Lo studio di Manber e dei suoi collaboratori del 2008 mostra dei risultati confortanti quando si è trattato di aggiungere interventi cognitivo comportamentali al farmaco antidepressivo, in pazienti con diagnosi di insonnia e di depressione. Lo studio ha dimostrato,

infatti, che la psicoterapia mirata al miglioramento dell'insonnia ha sortito effetti positivi anche sulla depressione, in termini di riduzione sia dell'uno che dell'altro disturbo. Anche i risultati di Fava e collaboratori (2006) mostrano, inoltre, che nel loro campione di soggetti con insonnia e disturbo depressivo maggiore (N=545), valutato con il reattivo Hamilton per la depressione (HAM-D) e a cui sono stati somministrati farmaci come fluoxetina e eszopiclone, come tale co-terapia sia relativamente ben tollerata e associata ad un miglioramento del sonno, rapido sostanziale e duraturo, un inizio più veloce nella risposta antidepressiva ed un maggiore effetto antidepressivo. Inoltre la presenza di insonnia residua aumenta il rischio di una ricaduta depressiva tanto che i disturbi del sonno residuo sono diventati un target privilegiato delle terapie di mantenimento. Inoltre la letteratura ha ampiamente dimostrato una relazione tra insonnia cosiddetta primaria e sviluppo successivo di un disturbo psicopatologico.

Mettendo insieme queste due evidenze con la nuova concezione di insonnia come disturbo paucisintomatico dello spettro affettivo ci rende molto facile ipotizzare che un trattamento efficace di una insonnia primaria che corregga anche l'iniziale corteo di sintomi psicopatologici sottosoglia possa bloccare sul sorgere la progressione di questi ultimi verso un disturbo di Asse I (Gemignani e Guazzelli, 2004). Per esempio, adottando la concezione secondo cui l'estensione dell'approccio di spettro ai rapporti tra disturbi del sonno e dell'umore rappresenta una delle prospettive più interessanti per la ricerca psicopatologica in rapporto alla medicina del sonno, i manuali *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorder* (DSM-IV-TR) e *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) sono concordi nel ritenere che non ci troveremo più di fronte alla vulnerabilità reciproca tra due entità nosografiche distinte, ma ad una progressione da una forma affettiva paucisintomatica ad un unico disturbo dell'umore. Con lo sviluppo dell'approccio diagnostico di spettro potrebbe risultare evidente che un trattamento tempestivo e mirato all'insonnia può scongiurare la progressione del quadro verso un disturbo della sfera affettiva clinicamente significativa, e rende altresì necessario che, insieme all'insonnia che accompagna ogni disturbo dell'umore, anche l'insonnia psicofisiologica e il

disturbo da mispercezione del sonno siano recuperati all'attenzione e all'intervento della psicopatologia in possesso degli strumenti teorici ed operativi per occuparsi degli aspetti neurofisiologici e molecolari, in modo integrato con quelli soggettivi, individuali e sociali, che sottendono e sostengono ogni disturbo mentale.

I risultati, quindi, mettono in evidenza la necessità, come sottolinea Guazzelli e coll. (2008) del fatto che nella clinica dei disturbi dell'umore, lo psichiatra non può prescindere da considerare i disturbi del sonno, ed in particolare l'insonnia, non solo come un sintomo premonitore, un indicatore di gravità e una manifestazione residua di un quadro clinico non completamente risolto e quindi a rischio di ricadute, ma anche come un elemento nosografico presindromico rilevante anche nell'ambito della prevenzione e dell'intervento precoce nei disturbi psicopatologici.

Bibliografia

- 1) American Academy of Sleep Medicine (1990). *The International classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and Coding Manual*. One Westbrook Corporate Center, Suite 920, Westchester, IL 60154-5767, U.S.A;
- 2) American Psychiatric Association (2002). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV, Test Revision*. Washington, DC. Masson;
- 3) Ancoli-Israel, S. (2006). The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am journal of managed care*; 12: S221–9;
- 4) Ancoli-Israel, S., Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep*; 22 (2 Suppl): S347–S353;
- 5) Argyropoulos, S.V., Hicks, J.A., Nash, J.R. (2003). Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatry Result*. 120: 179–190;
- 6) Bastien, C.H., Fortier-Brochu, A.M., Rioux, I., LeBlanc, M.L., Daley, M., Morin, C.M. (2003). Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia: relationship between objective and subjective measures. *Journal of Psychosomatic Research*. 54: 39–49;
- 7) Bellini M, Gemignani A, Gambaccini D, Toti S, Menicucci D, Stasi C, Costa F, Mumolo MG, Ricchiuti A, Bedini R, de Bortoli N, Marchi S. Evaluation of latent links between irritable bowel syndrome and sleep quality. *World Journal of Gastroenterology*, in press;
- 8) Berk, M. (2009). Sleep and depression – theory and practice. Review. *Aust Fam Physician*. 38(5): 302-4;
- 9) Bixler, E., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, I. & Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry*. 136: 1257–1262;
- 10) Bonnet, M.H., Arand, D.L. (1995). 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*; 18: 581–8;
- 11) Bonnet, M.H., Arand, D.L. (1998). Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers. *Psychosomatic medicine*; 60: 610–5;
- 12) Bonnet, M.H., Arand, D.L. (2000). Activity, arousal, and the MLST in patients with insomnia. *Sleep*. 23 (2): 205-212;
- 13) Boyer, P., Lecrubier, Y., Lepine, J.P., (1995). Study of ill defined psychological problems in general care settings: Paris center report. In: Sartorius N, Ustun B (eds): *Psychological Problems in General Health Care*. New York, NY: Wiley: 203-215;
- 14) Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry*; 39: 411–18;
- 15) Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness : an epidemiological study of young adults. *Am journal of public health*. 87 (10): 1649-1653;

- 16) Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Kupfer, D.J. (1994). Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep*. 17: 630-637;
- 17) Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 28: 193–213;
- 18) Conti, L. (1999). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. S.E.E. Società Editrice Europea. Firenze;
- 19) Cassano, G.B., Tundo, A. (2005). *Manuale di psicopatologia e clinica psichiatrica*. UTET Editore;
- 20) Chang, P.P., Ford, D.E., Mead, L.A., Cooper-Patrick, L., Klag, M.J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am journal epidemiology*; 146: 105–14;
- 21) Coates, T.J., Thoresen, C.E. (1981). Treating sleep disorders: Few answers, some suggestions, and many questions. In: Turner SM, Calhoun KS, Adams HE (eds): *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York, NY: Wiley: 240-289;
- 22) Coleman, R.M., Roffwarg, H.P., Kennedy, S.J. (1982). Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. *JAMA*. 247: 997-1003;
- 23) Edinger, J.D., Bonnet, M.H., Bootzin, R.R., (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*. 27: 1567–1596;
- 24) Edinger, J.D., Fins, A.I., Glenn, D.M., (2000). Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal Consulting Clinic Psychology*. 68: 586–593;
- 25) Ellis, B.W., Johns, M.W., Lancaster, R., Raptopoulos, P., Angelopoulos, N., Priest, R.G. (1981). The St. Mary's Hospital sleep questionnaire: a study of reliability. *Sleep*. 4: 93–97;
- 26) Everitt, D. E., Avron, J. & Baker, M. (1990). Clinical decisional-making in the evaluation and treatment of insomnia. *American Journal of Medicine*, 89: 357-362;
- 27) Fava, M., Vaughn McCall, W., Krystal, A., Wessel, T., Rubens, R., Caron, J., Amato, D. and Roth, T. (2006). Eszopiclone Co-Administered With Fluoxetine in Patients With Insomnia Coexisting With Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry*;59: 1052–1060;
for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am journal psychiatry*; 151: 1172–1180;
- 28) Ford, D. E.. & Kamcrow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorder, an opportunity for prevention? *Journal Of the American Medical Association*. 262: 1479- 1484;
- 29) Ford, D.E., Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention ? *JAMA*. 262: 1479-1484;
- 30) Gemignani, A. e Guazzelli, M. (2004). Le basi scientifiche del trattamento dell'insonnia nella depressione. *J Clin Med*, 3 (3): 1-5;
- 31) Gemignani, A. (2005). Insonnia e depressione: basi molecolari della comorbidità. *Aggiornamento Medico*, 6: 1-2;
- 32) Gemignani, A., Guazzelli, M. (2005). L'insonnia. *Pharmakon*, 2: 17-32;

- 33) Gemignani, A., Gentili, C., Menicucci, D., Piaggi, P., Danti, S., Landi, A., Aguglia, E., Mencacci, C., Biggio, G., Guazzelli, G (2009). What can sleep tell about self-confidence in clinical practice: a cross-sectional large based population survey on Italian psychiatrists. *Submitted to PLOSON*;
- 34) Gemignani, A. (2006). La depressione come modello di alterazione dell'omeostasi sinaptica. *Proc. VIII Congresso Nazionale SIPS, One Global Medicine*; 1-2;
- 35) Gemignani, A., Menicucci, D., Piarulli, A., Bedini, R. (2010). How stress affects slow wave sleep: preliminary suggestions from the simulation of the human flight to Mars (MARS 500 project). *Italian Journal of Aerospace Medicine*; 10: 16-19;
- 36) Gemignani, A. Insonnia e depressione dalle basi neurofisiologiche alla terapia. *Proc XVIII Congresso Nazionale AIM*; in press;
- 37) Gillin, J.C. (1998). Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta psychiatry. Scad supplement*. 393: 39-43;
- 38) Gold, P.W., Chrousos, G.P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Mol psychiatry*; 7: 254-75;
- 39) Guazzelli, M., Gemignani, A., Giovacchini, G. (1998). Sonno e Disturbi dell'Umore in Età Senile. *In: Argomenti di Medicina del Sonno. S. Smirne (Ed.). Excerpta Medica*, 70-84;
- 40) Guazzelli, M. e Gentili, C. (2008). Alcune riflessioni in tema di insonnia e disturbi depressivi. Some reflections on the issue of insomnia and depressive disorders. *Giornale Italiano di Psicopatologia - Italian Journal of Psychopatology*; 14: 389-395;
- 41) Guazzelli, M. e Gentili, C. (2008). Disturbi del sonno e disturbi dell'Umore nella prospettiva dell'approccio diagnostico di spettro. *Capitolo di libro in "Lo spettro dell'Umore – Psicopatologia e Clinica" a cura di G.B. Cassano e A. Tundo, Masson, Milano*. 77-83;
- 42) Harvey, A.G. (2001). Insonnia: symptom or diagnosis? *Clinical psychology review*; Vol. 7: 1037-1059;
- 43) Harvey, A.G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*; 40: 869-93;
- 44) Harvey, A.G., Stinson, K., Whitaker, K.L., Moskowitz, D. & Virk, H. (2008). The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*. Vol 31 (3): 383-393;
- 45) Hatoum, H.T. (1998). Insonnia, health-related quality of life and healthcare resource consupcion. A study of managed-care organization enrolees. *Pharmaco economics*. 14 (6): 629-637;
- 46) Hohagcn, F., Rink, K., Schramm, E., Rtemann, D., Hajak, G., Weeb, H.G. & Berger, M. (1993). Prevalcnce and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 242: 325-336;
- 47) Hohagen, F., Kappler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S., Berger, M. (1994). Sleep onset insomnia, sleep maintaining insomnia and insomnia with early morning awakening-temporal stability of subtypes in a longitudinal study on general practice attenders. *Sleep*. 17: 551-554;
- 48) Hudson, J.L., Lipinski, J.F., Keck, P.E., (1992). Polysonnographic characteristics of young manic patients. Comparison with unipolar depressed patients and normal control subjects. *Archives general psychiatry*. 49: 378-383;

- 49) Hyypä, M.T., Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 42: 633–638;
- 50) Idzikowski C. (1996). Impact of insomnia on health-related quality of life. *Pharmacoeconomic. Suppl 1*: 15-24;
insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*; 23: 243–308;
- 51) Johnson, E.O., Roth, T., Schultz, L., Breslau, N. (2006). Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*: 117 e 247–56;
- 52) Katz, D.A., McHorney, C.A. (1998). Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Archives of Internal Medicine*; 158: 1099–1107;
- 53) Katz, D.A., McHorney, C.A. (2002). The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of family practice*; 51: 229–35;
- 54) Kayukawa, Y., Kitajima, T., Tomita, S., Okada, T. (2009). Primary insomnia. *Nippon Rinsho*. Aug; 67 (8): 1494-500;
- 55) Kecklund, G., Akerstedt, T. (1997). Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *Journal of Sleep Research*. 6: 217–220;
- 56) Kecklund, G., Akerstedt, T., Axelsson, J. (2003). Day-to-day determinants of sleep quality: A longitudinal diary study. *Sleep*. 26: A300;
- 57) Klink, M. & Quan, S. F. (1987). Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. *Chest*. 91: 540-546;
- 58) Klink, M., Quan, S. F., Kaltenborn, W.T. & Lebowitz, M.D. (1992). Risk factor associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. *Archives of Internal Medicine*. 152: 1634-1637;
- 59) Krystal, A.D. (2006). The effect of insomnia definitions, terminology, and classifications on clinical practice. *Journal of American Geriatric Society*. 54(1); 170: 170-172;
- 60) Kuppermann, M., Lubeck, D.P., Mazonson, P.D., Patrick, D.L., Stewart, A.L., Buesching, D.P., Fifer, S.K. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *Journal of general internal medicine*; 10: 25–32;
- 61) Lalli, N., Fionda, A. (1994). *L'altra faccia della luna. Il mistero del sonno. I problemi dell'insonnia*. Liguori Editori. Napoli. Ultima revisione Maggio 2007;
- 62) Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*; 25: 625–9;
- 63) Leger, D., Scheuermaier, K., Philip, P., Paillard, M., Guilleminault, C. (2001). SF-36 : evaluation of quality of life in severe and mild insomnia compared with good sleepers. *Psychosomatic medicine*. 63 (1): 49-55;
- 64) Manber, R., Edinger, J., Gress, J., San Pedro-Salcedo, M., Kuo, T., Kalista, T. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Enhances Depression Outcome in Patients with Comorbid Major Depressive Disorder and Insomnia. *Sleep*, Vol. 31, n. 4: 489 – 495;
- 65) McCall, W.V. (2001). A psychiatric perspective on insomnia. *Journal of clinical psychiatry* ; 62(Suppl 10): 27–32;
- 66) Mellinger, G.D., Baiter, M.B. & Uhlenhuth, E.H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*. 42: 225-232;

- 67) Morin, C.M., Culbert, J.P., Schwartz, S.M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am Journal of Psychiatry*. 151: 1172–1180;
- 68) Moul, D.E., Nofzinger, E.A., Pilkonis, P.A., Houck, P.R., Miewald, J.M., Buysse, D.J. (2002). Symptom reports in severe chronic insomnia. *Sleep*. 25: 553–563;
- 69) National Institutes of Health State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults (2005). *Sleep*, June 13–15: 1049–57;
- 70) Neckelmann, D., Mykletun, A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*. Vol. 30 (7);
- 71) Neubauer, D.N., Flaherty, K.N. (2009). Chronic insomnia. *Semin Neurol*. Sep; 29(4): 340-353;
- 72) Nofzinger, E.A., Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Kupfer, D.J. (1993). Sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): A DSM-IV literature review. *Journal of Clinic Psychiatry*. 54: 244-255;
- 73) Nowell, P.D., Buysse, D.J., Reynolds C.F., Hauri, P.J., Roth, T., Stepanski, E.J., Thorpy, M.J., Bixler, E., Kales, A., Manfredi, R.L., Vgontzas, A.N., Stapf, D.M., Houck, P.R., and Kupfer, D.J. (1997). Clinical factors contributing to the differential diagnosis of primary insomnia and insomnia related to mental disorders. *Am Journal Psychiatry*; 154, N. 10: 1412–1416;
- 74) Ohayon, M. (1996). Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal Research* Vol. 31; N. 3: 333-346;
- 75) Ohayon, M. (1996). Epidemiological study on insomnia in a general population. *Sleep*, 19(3); S7-S15;
- 76) Ohayon, M., Caulet, M. and Lemoine P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the genral population. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, N. : 185-197;
- 77) Ohayon, M., Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatr Research*. Jan-Feb; 37(1): 9-15;
- 78) Perlis, M.L., Giles, D.E., Buysse, D.J. (1997). Which depressive symptoms are related to which sleep. Electroencephalographic variables? *Biological psychiatry*. 42: 904-913;
- 79) Priest, R.G (1994). Improving the management and knowledge of depression: Making "defeat depression action week" for the defeat depression campaign. *Br Journal of Psychiatry*. 164: 285-287;
- 80) Quera-Salva, M.A., Orluc, A., Goldenberg, F. & Guilleminault, C. (1991). Insomnia and use of hypnotics: study of a French population. *Sleep*. 14: 386-391;
- 81) Reynolds, C.F., Kupfer, D.J., Buysse, D.J., Coble, P.A., Yeager A. (1991). Subtyping DSM-III-R primary insomnia: a literature review by the DSM-IV Work Group on Sleep Disorders. *Am Journal of Psychiatry*. Apr; 148(4): 432-438;
- 82) Reynolds, C.F., Kupfer, D.J., Houck, P.R., Hoch, C.C., Stack, J.A., Berman, S.R. (1988). Reliable discrimination of elderly depressed and demented patients by electro-encephalographic sleep data. *Archive of general psychiatry*. 45: 258-264;

- 83) Riemann, D., Berger, M., Voderholzer, U. (2001). Sleep and depression: results from psychobiological studies: an overview. *Biological psychology*. 57: 67-103;
- 84) Rosa, R.R., Bonnet, M.H. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosom Med*. 62: 474–482;
- 85) Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology and consequences. *Journal of clinical sleep medicine*. 3 (5 Suppl): S7–S10;
- 86) Roth, T., Roehrs, T (2003). Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical cornerstone*; 5: 5–15;
- 87) Roth, T., Roehrs, T., Pies, R. (2007). Insomnia: pathophysiology and implications for treatment. *Sleep med rev*; 11: 71–9;
- 88) Sateia, M.J., Doghramji, K., Hauri, P.J., Morin, C.M. (2000). Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 15: 23(2): 243-308;
- 89) Seidel, W.F., Ball, S., Cohen, S., Patterson, N., Yost D., Dement, W.C. (1984). Daytime alertness in relation to mood, performance, and nocturnal sleep in chronic insomnia and noncomplaining sleepers. *Sleep*. 7 (3): 230-238;
- 90) Stepanski, E., Zorick, F., Roehrs, T., Young, D., Roth, T. (1988). Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep*; 11: 54–60;
- 91) Suzuki, M., Konno, C., Furihata, R., Osaki, K., Uchiyama, M. (2009). Insomnia associated with psychiatric disorders. *Nippon Rinsho*. Aug; 67(8): 1507-1512;
- 92) Tanzi, E. e Lugaro, E. (1923). *Trattato delle malattie mentali*. Terza Edizione. Società Editrice Libreria, Milano;
- 93) Terzano, M.G. e collaboratori (Advisory Board, Gemignani, A. 2005). Insomnia: diagnosis and treatment in general practice. *Disease Management & Health Outcomes*, 13 (1): 3-33;
- 94) Vgontzas, A.N., Kales, A., Bixler, E.O., Vela-Bueno, A. (1993). Commentary: sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): A DSM-IV literature review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 54: 256-259;
- 95) Vollrath, M., Wicki, W., Angst, J. (1989). The Zurich study. VIII. Insomnia: association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatry neurol Sci*. 239 (2): 113-124;
- 96) Webb, W.B., Bonnet, M.H., White, R.M. (1976). State and trait correlates of sleep stages. *Psychol Rep*. 38: 1181–1182;
- 97) Weissman, M.M., Greenwald, S., Nino-Murcia, G., Dement, W.C. (1997). The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *General hospital psychiatry*. 19 (4): 245-250;

APPENDICE 1

Criteria diagnostici dei manuali tassonomici di riferimento per l'insonnia

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS (ICSD)

- Criteri diagnostici -

Insomnia Psicofisiologica

- A. Una lamentela di insonnia è presente ed è combinata con una lamentela di diminuito funzionamento durante la veglia.
- B. Indicazioni sulle associazioni che sono state riscontrate con il sonno, e sono le seguenti:
 - 1. troppo difficile cercare di dormire, suggerito dalla presenza di incapacità di addormentarsi quando si desidera, ma la facilità di addormentarsi durante le altre occupazioni relativamente monotone, come guardare la televisione o leggere.
 - 2. Condizionata eccitazione alla camera da letto o attività legate al sonno, indicato da una bassa qualità del sonno a casa, mentre è migliore quella fuori casa o quando non si svolgono le attività di routine prima di coricarsi.
 - 3. Vi sono prove che il paziente ha somatizzato un aumento della tensione (ad esempio, agitazione, tensione muscolare, o aumentata vasocostrizione)
 - 4. Monitoraggio polisonnografico che mostra le caratteristiche come le seguenti:
 - 1. Un'aumentata latenza del sonno; ridotta efficienza del sonno; un aumento del numero e della durata dei risvegli; nessun'altra correlazione con disordini medici o mentali per i disturbi del sonno; altri disturbi del sonno possono coesistere con l'insonnia, per esempio, l'igiene insufficiente del sonno, sindrome da apnea ostruttiva del sonno, ecc.

Disturbo da Mispercezione del Sonno

- A. Il paziente lamenta un disturbo di insonnia.
 - B. La durata del sonno e la qualità sono normali.
 - C. Il monitoraggio polisonnografico mostra una normale latenza del sonno, un normale numero di risvegli e attivazione, una normale durata del sonno, con o senza un test di latenza del sonno, che dimostra una latenza media di sonno di più di 10 minuti.
 - D. Nessun disturbo medico o mentale produce lamentela da parte del soggetto di eventuali disturbi del sonno.
 - E. Altre problematiche di insonnia non sono presenti, o non sono presenti a tal punto da giustificare lamentele da parte del paziente.
-

Insomnia Idiopatica

- A. E' presente un disagio di insonnia combinato ad un disagio da diminuito funzionamento durante la veglia.
 - B. L'insonnia è di lunga data, in genere sin dalla prima infanzia, se non alla nascita.
 - C. L'insonnia è inarrestabile e non varia sebbene periodi di basso che di buon adattamento emotivo.
 - D. La polisonnografia mostra uno o più dei seguenti elementi: 1. Un'aumentata latenza del sonno; una ridotta efficienza del sonno; un aumento del numero e della durata dei risvegli; spesso si ha l'effetto psicologico dovuto alla prima notte di insonnia.
 - E. Nessun disordine medico o mentale può spiegare l'insorgenza precoce di insonnia.
 - F. Altri disturbi del sonno possono avvenire simultaneamente (ad esempio, disturbi del sonno di aggiustamento).
-

Tabella 9: Criteri diagnostici per Insonnia Primaria dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

DIAGNOSTICAL and STATISTICAL MANUAL – IV TEXT REVISED (DSM)
- Criteri diagnostici -

A. L'alterazione prevalente è la difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, o il sonno non ristoratore, per almeno 1 mese.

B. L'alterazione del sonno (o l'affaticabilità diurna associata) causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.

C. L'alterazione del sonno non si verifica esclusivamente durante il decorso di Narcolessia, Disturbo del Sonno Correlato alla Respirazione, Disturbo del Ritmo Circadiano del Sonno o di una Parasomnia.

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia Generalizzato, un delirium).

E. L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiopatologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale.

Tabella 10: Criteri diagnostici per Insonnia Primaria del Diagnostical and Statical Manual IV – Text Revised (DSM)

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDER (ICSD)

- Criteri diagnostici -

Disturbi dell'umore

- A. Il paziente lamenta insonnia o eccessiva sonnolenza
- B. Il disturbo del sonno è presente nella diagnosi di un disturbo dell'umore
- C. Il disturbo del sonno scompare con la remissione del disturbo dell'umore
- D. La polisonnografia mostra almeno uno dei seguenti aspetti:
 - 1. una diminuita latenza del sonno REM;
 - 2. un'aumentata densità del sonno REM;
 - 3. ridotta attività delle onde Delta;
 - 4. un'aumentata latenza del sonno, una ridotta efficienza del sonno, un aumento del numero e della durata dei risvegli;
- E. Il paziente non riporta nessun altro disturbo medico o mentale che giustifichi il sintomo
- F. I sintomi non soddisfano i criteri diagnostici di altri disturbi del sonno che favoriscano insonnia o eccessiva sonnolenza (per esempio, insonnia psicofisiologica)

Disturbi d'ansia

- A. Il paziente lamenta insonnia o eccessiva sonnolenza
 - B. Da un po' di tempo è presente un disturbo d'ansia generalizzata o altro disturbo d'ansia
 - C. Il disturbo del sonno è accorso in seguito ad un disturbo d'ansia, senza un periodo di diminuzione sufficientemente lunghi
 - D. La polisonnografia mostra entrambi i seguenti aspetti:
 - 1. un'aumentata latenza del sonno, una ridotta efficienza del sonno, un aumento del numero e della durata dei risvegli;
 - 2. MSLT riporta una normale o aumentata latenza del sonno
 - E. Il paziente non riporta nessun altro disturbo medico o mentale che giustifichi il sintomo
 - F. I sintomi non soddisfano i criteri diagnostici di altri disturbi del sonno che favoriscano insonnia o eccessiva sonnolenza (per esempio, disturbo da adattamento del sonno, insonnia psicofisiologica)
-

Tabella 11: Criteri diagnostici per insonnia correlata ad un disturbo psichiatrico dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

DIAGNOSTICAL and STATISTICAL MANUAL – IV TEXT REVISED (DSM)

**- Criteri diagnostici -
Disturbi d'ansia o dell'umore**

- A. La presenza di insonnia si ritiene correlata temporalmente e causalmente ad un altro disturbo mentale
- B. Il vissuto di difficoltà ad addormentarsi, da frequenti risvegli durante la notte o da un marcato senso di sonno non ristoratore, della durata di almeno 1 mese
- C. L'associazione a stanchezza diurna o menomazione del funzionamento diurno (Criterio A).
- D. Il disturbo del sonno non deve essere causato dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o da una condizione medica generale)
- E. L'insonnia o l'ipersonnia non possono essere meglio spiegate come conseguenza di un altro Disturbo del Sonno (per es., narcolessia, disturbo del sonno correlato alla respirazione o parasonnia)
-

**Tabella 12: Criteri diagnostici Criteri diagnostici per insonnia correlata ad un disturbo psichiatrico del
Diagnostic and Statical Manual IV – Text Revised (DSM)**

Conseguenze dell'insonnia

Sebbene l'insonnia sia spesso un malessere transitorio, altre volte si pone come risultato di tensione e stress, evolvendo in uno stato di difficoltà persistente (Neubauer, 2009). Tale stato può essere associato ad un raggio di conseguenze più o meno vasto.

Causa la sua frequente cronicità l'insonnia viene associata ad un peggioramento della qualità della vita. Lo studio di Katz e McHorney (2002) mette a confronto un gruppo di pazienti con moderati e alti livelli di insonnia con gruppo di pazienti con diagnosi di depressione, dimostrando che i primi riferiscono dolore, conseguenze emotive ed effetti sulla salute mentale in maggior misura rispetto ai secondi. La ricerca ha dimostrato che fra le conseguenze peggiori dell'insonnia ci sono gli incidenti durante il giorno. Léger e colleghi, in un loro studio del 2002, condotto in Francia su un campione di 8.625 individui, hanno dimostrato che l'8% di coloro che soffrivano di insonnia riportavano incidenti sul lavoro nell'ultimo anno rispetto all'1% di coloro che non soffrivano dello stesso disturbo. Anche la qualità del lavoro risulta compromessa: alti livelli di assenteismo sul lavoro, diminuita concentrazione e scadenti prestazioni lavorative sono maggiormente riferite dai soggetti con insonnia rispetto al gruppo di controllo (Kuppermann e coll., 1995).

In uno studio europeo condotto su larga scala (N= 14.915) è stato trovato che l'insonnia più spesso precede piuttosto che seguire un disturbo dell'umore. Questo è spesso riferito come effetto delle ricadute del disturbo dell'umore, dove nel 56,2% dei casi i sintomi dell'insonnia precedono i sintomi di una ricaduta del disturbo dell'umore. In contrapposizione in pazienti con insonnia cronica e con un disturbo d'ansia, i sintomi di quest'ultima precedono l'insonnia. Per chiarire meglio questo non sempre lineare rapporto tra sonno e disturbi psichiatrici, molti studi hanno esaminato l'evoluzione di ansia e depressione in pazienti con insonnia. Alcune ricerche longitudinali usavano un follow up da 1 a 40 anni, altre invece un periodo da 1 a 3 anni. Ma in tutti questi studi è stato confermato che l'insonnia rappresenta un sostanziale rischio per l'insorgenza di un disturbo

dell'umore (Breslau e coll., 1996; Chang e coll., 1997). Studi longitudinali, inoltre, condotti su pazienti con disturbi affettivi che avevano dei miglioramenti nella condotta del sonno riportavano anche una risposta più rapida agli antidepressivi; coloro i quali, invece, avevano un'insonnia più persistente, presentano ricadute più frequenti (Breslau e coll., 1996; Chang e coll., 1997).

La questione se l'insonnia sia causa di depressione, o viceversa, rimane aperta. Quello che chiaramente appare utile è la necessità di ulteriori studi clinici volti a valutare l'impatto di una terapia del sonno sulla depressione, così come il tempo per ricadute in pazienti depressi in remissione. E' stata, comunque, sottolineata la presenza di meccanismi patofisiologici per la regolazione del sonno e dell'umore che rendono l'individuo vulnerabile ad entrambe le condizioni (Gemignani, 2006; Gemignani e coll, 2010; Gemignani, in press). I dati hanno dimostrato che sia la diagnosi dell'insonnia che la severità del disturbo sono correlati ad una superattivazione dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenale (HPA) ed una ipersecrezione del cortisolo. L'evidenza clinica più recente suggerisce che ci possano essere alcune somiglianze neuroendocrine e cliniche tra insonnia e depressione. Il rilascio di corticotropina è stato implicato nella patogenesi sia dei disturbi psichiatrici che dell'insonnia, sia nella mediazione di iper-arousal riscontrata nell'insonnia primaria.

Psicopatologia dell'insonnia

L'insonnia è spesso intesa come un disturbo di iperattivazione vissuta durante tutto il giorno. Tale iperattivazione si manifesta attraverso lo stato di ipervigilanza durante il giorno e la difficoltà a iniziare e a mantenere il sonno durante la notte (Bonnet & Arand, 1995; Stepanski e coll., 1988). L'attivazione viene spiegata nei modelli sia cognitivi sia fisiologici dell'insonnia. I modelli cognitivi suggeriscono che le preoccupazioni e le ruminazioni sugli stress della vita quotidiana "disturbano" il sonno, creando episodi acuti di insonnia, soprattutto nella fase iniziale e di riaddormentamento dopo un risveglio notturno

(Harvey, 2002). Dopo che si sono insediate le prime difficoltà del sonno le preoccupazioni che prima riguardavano la vita quotidiana si spostano sulla privazione di sonno stessa e sulle conseguenze del fatto di non dormire un numero sufficiente di ore per notte. I modelli fisiologici trovano conferma dell'iperattivazione fisiologica attraverso la frequenza e la variabilità della pulsazione cardiaca, le misurazioni neuroendocrine e il neuroimaging funzionale. Alcuni recenti studi hanno messo a confronto buoni dormitori con pazienti che soffrono di insonnia. Questi ultimi mostravano una frequenza cardiaca significativamente più alta – misurata ad intervalli di 24 ore – rispetto al gruppo dei soggetti sani. La variabilità della frequenza cardiaca può fornire una misura dell'attivazione regolata sia dal sistema nervoso simpatico che parasimpatico. Lo studio di Bonnet (1998) ha messo in luce che le frequenze cardiache medie aumentano e la variabilità diminuisce in tutte le fasi del sonno nei soggetti con insonnia. Tuttavia queste presentate sono solo alcune delle teorie sulla patofisiologia dell'insonnia. Di fatto probabilmente sotto il termine di insonnia usato nella clinica si nascondono diversi meccanismi fisiopatologici, solo in parte sovrapposti tra di loro. Certamente poi la difficoltà della collocazione tassonomica non facilita la ricerca dei suoi correlati oggettivi.

APPENDICE 2

Scale psicometriche utilizzate per lo studio

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

HAM-D - # 049

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI: Scegliere per ciascun item il punteggio che meglio caratterizza il paziente e riportarlo nella casella alla destra dell'item stesso.

1- UMORE DEPRESSO

(Sentimento di tristezza, mancanza di speranza, sentimento di incapacità e di inutilità)

0 = Assente

1 = Manifesta questi sentimenti solo se interrogato

2 = Esprime spontaneamente questi sentimenti

3 = Comunica questi sentimenti con messaggi non verbali, cioè attraverso l'espressione del volto, la posizione del corpo, la voce e la tendenza al pianto

4 = Il paziente manifesta **quasi esclusivamente** questi sentimenti mediante messaggi sia verbali che non verbali

2 - SENTIMENTI DI COLPA

0 = Assenti

1 = Autoaccusa, pensa di aver deluso la gente

2 = Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o su azioni peccaminose

3 = L'attuale malattia è una punizione. Deliri di colpa

4 = Ode voci di accusa o di denigrazione e/o ha esperienze allucinatorie visive a contenuto minaccioso

3 - SUICIDIO

0 = Assente

1 = Pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta

2 = Vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi

3 = Idee o gesti di suicidio

4 = Tentativi di suicidio (*ogni serio tentativo deve essere valutato '4'*)

4 - INSONNIA INIZIALE

0 = Nessuna difficoltà ad addormentarsi

1 = Lamenta di avere talvolta difficoltà ad addormentarsi (p. es., gli occorre più di mezz'ora)

2 = Ha sempre difficoltà ad addormentarsi

5 - INSONNIA CENTRALE

0 = Nessuna difficoltà

1 = Lamenta di essere diventato irrequieto durante la notte

2 = Si sveglia durante la notte - segnare '2' se si alza dal letto (*a meno che non sia per urinare*)

6 - INSONNIA RITARDATA

0 = Nessuna difficoltà

1 = Si risveglia precocemente (nelle prime ore del mattino), ma si riaddormenta

2 = È incapace di addormentarsi se si alza dal letto

7 - LAVORO E INTERESSI

0 = Nessuna difficoltà

1 = Pensieri e sentimenti di incapacità, facile affaticabilità o debolezza nelle attività (lavoro o hobby)

2 = Perdita d'interesse per le attività - lavoro o hobby - sia riferite direttamente dal paziente, sia espresse mediante atteggiamenti, quali indifferenza, indecisione ed incertezza (*sente che deve sforzarsi per lavorare*)

3 = Dedica un minor tempo alle attività o è meno efficiente

4 = Ha cessato di lavorare a causa della malattia

8 - RALLENTAMENTO

(Ideazione e linguaggio rallentati; ridotta capacità a concentrarsi; diminuita attività motoria)

0 = Pensiero e linguaggio normali

1 = Lieve rallentamento durante il colloquio.

2 = Evidente rallentamento durante il colloquio

3 = Colloquio difficile

4 = Stato di arresto psicomotorio

9 - AGITAZIONE

0 = Assente

1 = Irrequietezza

2 = Gioca con le mani, con i capelli, ecc.

3 = Si muove continuamente, non riesce a stare seduto

4 = Si torce le mani, si morde le unghie, si tira i capelli, si morde le labbra

10 - ANSIA PSICHICA

0 = Assente

1 = Tensione soggettiva ed irritabilità

2 = Preoccupazioni per questioni di poco conto

3 = Atteggiamento apprensivo evidente dalla mimica e dal linguaggio

4 = Manifesta spontaneamente paure

| | |
|---|--|
| <div><div><div>11 - ANSIA SOMATICA</div><div>ASPETTI SOMATICI DELL'ANSIA</div></div><div><div>Gastrointestinali: secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione</div><div>Cardiovascolari: palpitazioni, cefalea</div><div>Respirazione: iperventilazione, sospiri</div><div>Genito-urinari: pollachiuria</div><div>Sudorazione</div></div><div><div>0 = Assente 1 = Lieve</div><div>2 = Moderata 3 = Notevole</div><div>4 = Invalidante</div></div></div> <div><div><div>12 - SINTOMI SOMATICI GASTROINTESTINALI</div></div><div><div>0 = Assenti</div><div>1 = Perdita dell'appetito, ma si alimenta senza essere stimolato o aiutato dal personale. Senso di peso all'addome</div><div>2 = Difficoltà ad alimentarsi senza lo stimolo o l'aiuto del personale. Richiede o ha bisogno di lassativi o di farmaci per i disturbi gastrointestinali</div></div></div> <div><div><div>13 - SINTOMI SOMATICI GENERALI</div></div><div><div>0 = Assenti</div><div>1 = Pesantezza agli arti, alla schiena o alla testa. Mal di testa, mal di schiena, dolori muscolari. Perdita di energia e facile affaticabilità</div><div>2 = Se i sintomi sono molto evidenti segnare '2'</div></div></div> <div><div><div>14 - SINTOMI GENITALI</div><div>(Sintomi quali: perdita della libido, disturbi mestruali)</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div> <div><div><div>15 - IPOCONDRIA</div></div><div><div>0 = Assente</div><div>1 = Polarizzazione sul proprio corpo</div><div>2 = Preoccupazione per la propria salute</div><div>3 = Frequenti lamentele, richieste di aiuto, ecc.</div><div>4 = Deliri ipocondriaci (ferma convinzione di avere una malattia somatica, senza che ve ne siano i motivi)</div></div></div> <div><div><div>16 - PERDITA DI PESO</div><div>(segnare A o B)</div><div>A - SECONDO IL PAZIENTE O I FAMILIARI</div></div><div><div>0 = Nessuna perdita di peso</div><div>1 = Probabile perdita di peso associata alla presente malattia</div><div>2 = Evidente perdita di peso</div><div>3 = Non valutata</div></div></div> <tr><td><div><div><div>B - VALUTAZIONE OBIETTIVA ESEGUITA PERIODICAMENTE</div></div><div><div>0 = Meno di 500 g in una settimana</div><div>1 = Più di 500 g in una settimana</div><div>2 = Più di 1 Kg in una settimana</div><div>3 = Non valutata</div></div></div><div><div><div>17 - INSIGHT</div></div><div><div>0 = Riconosce di essere depresso ed ammalato</div><div>1 = Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo</div><div>2 = Nega decisamente di essere ammalato</div></div></div><div><div><div>18 - VARIAZIONI DIURNE</div><div>A - INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA</div></div><div><div>0 = Nessuna variazione</div><div>1 = Più gravi al mattino</div><div>2 = Più gravi alla sera</div></div></div><div><div><div>B - SE PRESENTI, VALUTARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div><div><div><div>19 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE</div><div>(Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)</div></div><div><div>0 = Assente 1 = Lieve</div><div>2 = Moderata 3 = Notevole</div><div>4 = Invalidante</div></div></div><div><div><div>20 - SINTOMI PARANOIDEI</div></div><div><div>0 = Assenti</div><div>1 = Sospettosità</div><div>2 = Idee di riferimento</div><div>3 = Deliri di riferimento e di persecuzione</div></div></div><div><div><div>21 - SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div></td></tr> | <div><div><div>B - VALUTAZIONE OBIETTIVA ESEGUITA PERIODICAMENTE</div></div><div><div>0 = Meno di 500 g in una settimana</div><div>1 = Più di 500 g in una settimana</div><div>2 = Più di 1 Kg in una settimana</div><div>3 = Non valutata</div></div></div> <div><div><div>17 - INSIGHT</div></div><div><div>0 = Riconosce di essere depresso ed ammalato</div><div>1 = Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo</div><div>2 = Nega decisamente di essere ammalato</div></div></div> <div><div><div>18 - VARIAZIONI DIURNE</div><div>A - INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA</div></div><div><div>0 = Nessuna variazione</div><div>1 = Più gravi al mattino</div><div>2 = Più gravi alla sera</div></div></div> <div><div><div>B - SE PRESENTI, VALUTARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div> <div><div><div>19 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE</div><div>(Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)</div></div><div><div>0 = Assente 1 = Lieve</div><div>2 = Moderata 3 = Notevole</div><div>4 = Invalidante</div></div></div> <div><div><div>20 - SINTOMI PARANOIDEI</div></div><div><div>0 = Assenti</div><div>1 = Sospettosità</div><div>2 = Idee di riferimento</div><div>3 = Deliri di riferimento e di persecuzione</div></div></div> <div><div><div>21 - SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div> |
| <div><div><div>B - VALUTAZIONE OBIETTIVA ESEGUITA PERIODICAMENTE</div></div><div><div>0 = Meno di 500 g in una settimana</div><div>1 = Più di 500 g in una settimana</div><div>2 = Più di 1 Kg in una settimana</div><div>3 = Non valutata</div></div></div> <div><div><div>17 - INSIGHT</div></div><div><div>0 = Riconosce di essere depresso ed ammalato</div><div>1 = Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo</div><div>2 = Nega decisamente di essere ammalato</div></div></div> <div><div><div>18 - VARIAZIONI DIURNE</div><div>A - INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA</div></div><div><div>0 = Nessuna variazione</div><div>1 = Più gravi al mattino</div><div>2 = Più gravi alla sera</div></div></div> <div><div><div>B - SE PRESENTI, VALUTARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div> <div><div><div>19 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE</div><div>(Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)</div></div><div><div>0 = Assente 1 = Lieve</div><div>2 = Moderata 3 = Notevole</div><div>4 = Invalidante</div></div></div> <div><div><div>20 - SINTOMI PARANOIDEI</div></div><div><div>0 = Assenti</div><div>1 = Sospettosità</div><div>2 = Idee di riferimento</div><div>3 = Deliri di riferimento e di persecuzione</div></div></div> <div><div><div>21 - SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI</div></div><div><div>0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi</div></div></div> | |

HAMILTON ANXIETY SCALE

HAM-A - # 048

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

Riportare nell'apposita casella il punteggio attribuito a ciascun item:

0 = Assente 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Grave 4 = Molto grave

| | |
|--|-----|
| 1- ANSIA Preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura del futuro, irritabilità | ___ |
| 2- TENSIONE Senso di tensione, facile stancabilità, trasalimenti, facilità al pianto, tremiti, sensazione di irrequietudine, incapacità a rilassarsi | ___ |
| 3- PAURE Del buio, degli estranei, di essere lasciato solo, degli animali, del traffico, della folla | ___ |
| 4- INSONNIA Difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto, sonno non riposante e senso di stanchezza al risveglio, sogni, incubi, terrori notturni | ___ |
| 5- SFERA INTELLETTIVA Difficoltà a concentrarsi, riduzione della memoria | ___ |
| 6- UMORE DEPRESSO Perdita di interessi, incapacità a trovare piacere negli hobby, depressione, risveglio precoce, alternanza diurna | ___ |
| 7- SINTOMI SOMATICI (APPARATO MUSCOLARE) Dolori muscolari, senso di stiramento, irrigidimento, contrazioni cloniche, denti serrati, voce tremula, aumento del tono muscolare | ___ |
| 8- SINTOMI SOMATICI (ORGANI DI SENSO) Ronzii auricolari, visione confusa, vampi di caldo e di freddo, senso di debolezza, sensazioni di bucare | ___ |
| 9- SINTOMI CARDIOVASCOLARI Tachicardia, palpitazioni, dolori al petto, pulsazioni vasali, senso di svenimento, sospiri, dispnea | ___ |
| 10- SINTOMI RESPIRATORI Senso di peso o di costrizione al torace, senso di soffocamento, sospiri, dispnea | ___ |
| 11- SINTOMI GASTROINTESTINALI Difficoltà a deglutire, flatulenza, dolori addominali, pirosi, senso di ripienezza, nausea, vomito, borborigmi, meteorismo, perdita di peso, stipsi | ___ |
| 12- SINTOMI GENITO-URINARI Pollachiuria, stimolo alla minzione, amenorrea, menorragie, comparsa di frigidità, ejaculatio praecox, perdita della libido, impotenza | ___ |
| 13- SINTOMI A CARICO DEL S.N. AUTONOMO Secchezza delle fauci, rossore, pallore, tendenza a sudare, vertigini, cefalea, piloerezione | ___ |
| 14- COMPORTAMENTO DEL SOGGETTO DURANTE L'ESAME Agitato, irrequieto, va avanti e indietro, tremore alle mani, fronte corrugata, faccia tirata, sospiri o tachipnea, pallore del volto, deglutizioni, ecc. | ___ |

LIEBOWITZ SOCIAL PHOBIA SCALE

LSPS - # 530

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

Per ogni item, valutare il grado di PAURA/ANSIA e di EVITAMENTO riportando nell'apposita casella il numero corrispondente, secondo le scale seguenti:

PAURA/ANSIA: 0= Nessuna

1 = Lieve

2 = Moderata

3 = Grave

EVITAMENTO: 0 = Mai

1 = Qualche volta (10%)

2 = Spesso (33-66%)

3 = Sempre o quasi (67-100%)

| | PAURA/ ANSIA | EVITA- MENTO |
|---|-----------------|-----------------|
| 1.P- TELEFONARE IN PUBBLICO | | |
| 2.P- PARTECIPARE A PICCOLI GRUPPI | | |
| 3.P- MANGIARE IN LUOGHI PUBBLICI | | |
| 4.P- BERE INSIEME CON ALTRI IN LUOGHI PUBBLICI | | |
| 5.S- PARLARE CON PERSONE IN POSIZIONE DI AUTORITÀ | | |
| 6.P- RECITARE, ESIBIRSI O FARE UN DISCORSO DI FRONTE A UN PUBBLICO | | |
| 7.S- ANDARE AD UNA FESTA | | |
| 8.P- LAVORARE MENTRE SI È OSSERVATI | | |
| 9.P- SCRIVERE MENTRE SI È OSSERVATI | | |
| 10.S- CHIAMARE AL TELEFONO QUALCUNO CHE NON SI CONOSCE MOLTO BENE | | |
| 11.S- PARLARE CON PERSONE CHE NON SI CONOSCONO MOLTO BENE | | |
| 12.S- INCONTRARSI CON ESTRANEI | | |
| 13.P- URINARE IN UN GABINETTO PUBBLICO | | |
| 14.P- ENTRARE IN UNA STANZA MENTRE GLI ALTRI SONO GIÀ SEDUTI | | |
| 15.S- ESSERE AL CENTRO DELL'ATTENZIONE | | |
| 16.P- PRENDERE LA PAROLA IN UNA RIUNIONE | | |

| | PAURA/ ANSIA | EVITA- MENTO |
|---|-----------------|-----------------|
| 17.P- SOTTOPORSI AD UN TEST | | |
| 18.S- ESPRIMERE DISACCORDO O DISAPPROVAZIONE A PERSONE CHE NON SI CONOSCONO MOLTO BENE | | |
| 19.S- GUARDARE NEGLI OCCHI UNA PERSONA CHE NON SI CONOSCE MOLTO BENE | | |
| 20.P- FARE UNA RELAZIONE DI FRONTE AD UN GRUPPO | | |
| 21.P- CERCARE DI CONOSCERE QUALCUNO | | |
| 22.S- RESTITUIRE LA MERCE AD UN NEGOZIO | | |
| 23.S- DARE UNA FESTA | | |
| 24.S- RESISTERE AD UN VENDITORE INVADENTE | | |

PUNTEGGIO PARZIALE: ANSIA DI PERFORMANCE (P)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PUNTEGGIO PARZIALE:ANSIA SOCIALE (S)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PUNTEGGIO TOTALE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

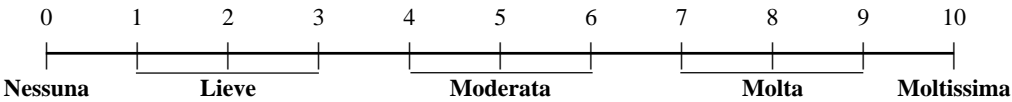
MARKS-SHEEHAN PHOBIA SCALE
MSPS - # 490

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

Grado di paura: Per descrivere quanta ansia/paura ciascuna delle situazioni elencate le induce, faccia una crocetta sopra una casella da 0 a 10 per ogni situazione. Usi la scala sottostante come guida:



Grado di evitamento: Per definire quanto evita tali situazioni, faccia una crocetta su una casella da 0 a 4, dove:



IN CHE MISURA HA PAURA ED EVITA:

1 - Fobie più importanti che vuole siano curate:

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Fobia 1 (<i>specificare</i>): | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Fobia 2 (<i>specificare</i>): | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Fobia 3 (<i>specificare</i>): | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Fobia 4 (<i>specificare</i>): | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 2 - Andare da solo lontano da casa | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 3 - Situazioni associate ad improvvisi, inaspettati attacchi di panico/ansia che insorgono senza motivi o quasi | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 4 - Viaggiare in autobus, metropo- litana, treno o macchina | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|---|---|---|---|---|----------------------|--|----------------------|----|
| 5 - Posti affollati, p. es., negozi, riunioni sportive, teatri | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 6 - Ampi spazi aperti | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 7 - Sentirsi intrappolati in luoghi chiusi | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 8 - Essere lasciati soli | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 9 - Pensare a malattie o a traumi fisici | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 10 - Leggere o ascoltare argomenti relativi alla salute | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 11 - Mangiare, bere o scrivere in pubblico | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 12 - Essere osservati o essere al centro dell'attenzione | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 13 - Essere insieme ad altre persone | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 14 - Altre specifiche situazioni non elencate sopra | Grado di paura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Grado di evitamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 15 - Fino a quale distanza è in grado di arrivare da solo? | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | metri | o | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Km |
| ESPRIMA UN GIUDIZIO GLOBALE DI GRAVITÀ SUI SUOI SINTOMI FOBICI FACENDO UNA CROCETTA SULLA RIGA SOTTOSTANTE IN CORRISPONDENZA DEL NUMERO CHE MEGLIO ESPRIME IL DISAGIO CHE QUESTI SINTOMI LE PROCURANO: | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> | | | | | | | | | | | | |
| Nessuna fobia | Lieve disagio e interferenza con la sua vita | | | Moderato disagio e interferenza con la sua vita | | | Notevole disagio e interferenza con la sua vita | | | Enorme disagio e interferenza con la sua vita | | |

YALE-BROWN OBSSESSIVE COMPULSIVE SCALE Y-BOCS - # 590

INTERVISTA SEMISTRUTTURATA

*“Le farò parecchie domande riguardanti i suoi pensieri ossessivi come, ad esempio,...
[fare riferimento alle principali ossessioni del paziente]”*

1. TEMPO OCCUPATO DA PENSIERI OSSESSIVI

D: Quanto del suo tempo è occupato da pensieri ossessivi?

Quando le ossessioni si manifestano come pensieri intrusivi brevi e intermittenti, può essere impossibile valutare il tempo da esse occupato in termini di ore totali. In questi casi occorre valutare il tempo determinando la frequenza con la quale si presentano. Si deve considerare sia il numero delle volte che i pensieri intrusivi si manifestano, sia quante ore del giorno sono interessate dall'episodio. Chiedere: “Con quale frequenza insorgono questi pensieri ossessivi?”. Ci si deve assicurare di escludere le ruminazioni e le preoccupazioni che, diversamente dalle ossessioni, sono egosintoniche e razionali, anche se esagerate.

0 - Assente.

- 1 - Poco:** (meno di 1 ora al giorno) o intrusioni occasionali (si verificano meno di 8 volte al giorno).
- 2 - Moderato:** (1-3 ore al giorno) o intrusioni frequenti (più di 8 volte al giorno, ma la maggior parte delle ore del giorno è libera da pensieri ossessivi).
- 3 - Molto:** (più di 3 ore al giorno e fino ad 8 ore) o intrusioni molto frequenti (più di 8 volte al giorno e occupano la maggior parte della giornata).
- 4 - Moltissimo:** (più di 8 ore al giorno) o intrusioni quasi costanti (troppo numerose per contarle, raramente il paziente trascorre un'ora senza avere numerose ossessioni).

2. GRADO DI INTERFERENZA DOVUTA AI PENSIERI OSSESSIVI

D: In che misura i suoi pensieri ossessivi interferiscono con il suo funzionamento sociale e lavorativo? C'è qualcosa che non fa a causa delle ossessioni?

Se il soggetto attualmente non lavora, determinare quanto la sua attività sarebbe compromessa se svolgesse un lavoro.

0 - Assente.

- 1 - Lieve:** leggera interferenza con le attività lavorative o sociali, tuttavia, complessivamente, queste non risultano compromesse.
- 2 - Moderata:** discreta interferenza con le attività lavorative o sociali, ma il paziente riesce ancora a farvi fronte.
- 3 - Grave:** causa sostanziale compromissione delle attività lavorative e sociali.
- 4 - Gravissima:** inabilitante.

3. DISAGIO CAUSATO DAI PENSIERI OSSESSIVI

D: Quanto disagio le causano i suoi pensieri ossessivi?

In molti casi il disagio è equivalente all'ansia; comunque, i pazienti possono definire le loro ossessioni come "disturbanti" ma negare "l'ansia". Valutare solo l'ansia che sembra provocata dalle ossessioni e non l'ansia generalizzata o l'ansia associata ad altri sintomi.

0 - Assente.

1 - Lieve: infrequente e non troppo disturbante.

2 - Moderato: frequente e disturbante, ma ancora sopportabile.

3 - Grave: molto frequente e molto disturbante.

4 - Gravissimo: quasi costante e inabilitante.

4. RESISTENZA ALLE OSSESSIONI

D: Che sforzo deve fare per resistere alle ossessioni? Quante volte tenta di distogliere la sua attenzione da questi pensieri quando le vengono in mente?

Valutare solo lo sforzo fatto per resistere, non il successo o il fallimento nel controllare le ossessioni. Questo item non misura direttamente la gravità dei pensieri intrusivi, ma valuta piuttosto un aspetto dello stato di salute, cioè lo sforzo che il paziente fa per controllare le ossessioni. Perciò, più il paziente si sforza di resistere, meno compromesso risulta il suo funzionamento. Se le ossessioni sono minime, il paziente può non sentire la necessità di resistere ad esse. In questo caso segnare "0".

0 - Si sforza sempre di resistere, oppure i sintomi sono così lievi che non è necessaria l'attività di resistere.

1 - Cerca di resistere la maggior parte delle volte.

2 - Fa qualche sforzo per resistere.

3 - Cede a tutte le ossessioni senza tentare di controllarle, ma lo fa con riluttanza.

4 - Cede completamente e di buon grado a tutte le ossessioni.

5. CAPACITÀ DI CONTROLLO SUI PENSIERI OSSESSIVI

D: In che misura lei è in grado di controllare i suoi pensieri ossessivi? In che misura riesce a bloccare o a distogliersi dai pensieri ossessivi?

Diversamente dall'item precedente, la capacità del paziente di controllare le ossessioni è più strettamente correlata con la gravità dei pensieri intrusivi.

0 - Controllo completo.

1 - Controllo prevalente: generalmente è capace di bloccare o distrarsi dalle ossessioni con un po' di sforzo e di concentrazione.

2 - Controllo moderato: talvolta è capace di bloccare o deviare le ossessioni.

3 - Controllo minimo: raramente è capace di bloccare le ossessioni, può solo distogliersi con grande difficoltà.

4 - Controllo assente: esperisce i pensieri ossessivi come completamente involontari, raramente è capace di deviare il pensiero anche solo momentaneamente.

6. TEMPO DEDICATO AI COMPORTAMENTI COMPULSIVI

D: Quanto tempo trascorre a eseguire comportamenti compulsivi?

Quando sono presenti prevalentemente rituali che coinvolgono le attività quotidiane, chiedere: “A causa dei suoi rituali, quanto tempo in più, rispetto alla maggior parte delle persone, le è necessario per svolgere le normali attività?”.

Quando le compulsioni si manifestano come comportamenti brevi o intermittenti, può essere impossibile valutare il tempo impiegato nel fare rituali in termini di ore totali. In questi casi, stimare il tempo determinando la frequenza con cui il paziente li esegue. Considerare sia il numero delle volte in cui vengono eseguite le compulsioni, sia quante ore al giorno sono interessate. Contare quante volte vengono eseguiti i rituali e non il numero delle ripetizioni: ad es., un paziente che va in bagno 20 volte al giorno a lavarsi le mani 5 volte, esegue le compulsioni 20 volte e non 20 x 5.

Chiedere: “Con che frequenza esegue le compulsioni?”. In molti casi le compulsioni sono condotte osservabili, ma ci sono casi in cui non sono osservabili.

0 - Niente.

- 1 - **Poco**: (meno di 1 ora al giorno) o occasionale esecuzione di comportamento ritualistico (meno di 8 volte al giorno).
- 2 - **Moderatamente**: (1-3 ore al giorno) oppure frequenti episodi di comportamenti compulsivi (più di 8 volte al giorno, ma la maggior parte delle ore del giorno è libera da tali condotte).
- 3 - **Molto**: (più di 3 ore al giorno ma meno di 8 ore) oppure gli episodi di comportamenti compulsivi sono molto frequenti (più di 8 volte al giorno e occupano la maggior parte delle ore della giornata).
- 4 - **Moltissimo**: (più di 8 ore al giorno) o comportamenti compulsivi quasi costanti (troppo numerosi per contarli; raramente il paziente trascorre un'ora intera libera da rituali).

7. INTERFERENZA DOVUTA AI COMPORTAMENTI COMPULSIVI

D: In che misura interferiscono i suoi comportamenti compulsivi con la sua vita sociale e lavorativa? C'è qualcosa che non riesce a fare a causa delle sue compulsioni?

Se il paziente attualmente non lavora, determinare quanta parte della sua attività sarebbe stata interessata se egli fosse stato impiegato.

0 - Assente.

- 1 - **Lieve**: leggera interferenza con le attività lavorative o sociali.
- 2 - **Moderata**: netta interferenza con le attività lavorative o sociali, tuttavia ancora affrontabili.
- 3 - **Grave**: causa sostanziale compromissione delle attività lavorative e sociali.
- 4 - **Estrema**: totalmente inabilitante.

8. DISAGIO PROVOCATO DAI COMPORTAMENTI COMPULSIVI

D: Come si sente se qualcuno le impedisce di eseguire le compulsioni? Quanto diventa ansioso?

Valutare il grado di disagio che il paziente esperirebbe se l'esecuzione della compulsione

fosse improvvisamente interrotta senza offrire alcuna rassicurazione. In molti casi l'eseguire i rituali riduce l'ansia. Se, nel giudizio dell'intervistatore, l'ansia viene ridotta ostacolando le compulsioni nel modo descritto sopra, allora chiedere: "*Quanto è ansioso mentre esegue le compulsioni? Fino al momento in cui è sicuro di averle completate?*".

0 - Assente.

- 1 - Lieve:** solo debolmente ansioso se la compulsione fosse prevenuta o modesta ansia durante l'esecuzione del rituale.
- 2 - Moderato:** il paziente riferisce che l'ansia aumenterebbe, ma resterebbe affrontabile, se il rituale fosse interrotto, oppure l'ansia tende ad aumentare molto durante l'esecuzione del rituale.
- 3 - Grave:** aumento dell'ansia rilevante e molto disturbante se la compulsione è interrotta; marcato aumento dell'ansia durante l'esecuzione del rituale.
- 4 - Gravissimo:** ansia inabilitante per ogni intervento volto a modificare il comportamento: ansia invalidante anche durante l'esecuzione delle compulsioni.

9. RESISTENZA ALLE COMPULSIONI

D: Che sforzo fa per resistere alle compulsioni?

Valutare solo lo sforzo fatto per resistere, non il successo o il fallimento nel controllare le compulsioni. Notare che questo item non misura direttamente la gravità delle compulsioni: esso valuta piuttosto una manifestazione della salute, cioè lo sforzo che il paziente compie per contrastare le ossessioni. Perciò, più il paziente cerca di resistere, meno è compromesso questo aspetto del suo funzionamento. Se le compulsioni sono minime, il paziente può non sentire la necessità di resistere: in questo caso segnare "0".

- 0 - Si sforza sempre** di resistere, oppure i sintomi sono così lievi che il paziente non ha bisogno di resistere.
- 1 - Cerca di resistere la maggior parte del tempo.**
- 2 - Fa qualche sforzo** per resistere.
- 3 - Cede** a quasi tutte le compulsioni senza tentare di controllarle, ma lo fa con riluttanza.
- 4 - Cede completamente** e di buon grado a tutte le compulsioni.

10. CAPACITÀ DI CONTROLLO SUL COMPORTAMENTO COMPULSIVO

D: Quanto è forte la spinta a eseguire il comportamento compulsivo? Quanto controllo esercita sulle sue compulsioni?

Diversamente dall'item precedente, la capacità del paziente di controllare le sue compulsioni è più strettamente correlata con la gravità delle compulsioni stesse.

0 - Controllo completo.

- 1 - Controllo prevalente:** esperisce pressione ad eseguire i rituali, ma generalmente è capace di esercitare un controllo volontario su di essi.
- 2 - Controllo moderato:** forte pressione ad eseguire il comportamento; lo può controllare con difficoltà.
- 3 - Controllo minimo:** spinta molto forte ad eseguire il rituale che deve essere portato a

compimento; può rinunciarsi con difficoltà.

- 4 - Controllo assente:** la spinta a compiere il rituale è sentita come completamente involontaria e sopraffacente; il paziente è raramente capace di rinunciare all'attività anche se momentaneamente.

11. INSIGHT RELATIVO ALLE OSSESSIONI E COMPULSIONI

D: Pensa che le sue preoccupazioni o i suoi comportamenti siano ragionevoli? Cosa pensa che accadrebbe se non eseguisse le sue compulsioni? È veramente convinto che accadrebbe realmente qualcosa?

Valutare l'insight del paziente nei confronti delle ossessioni insensate o esagerate basandosi sul convincimento espresso dal paziente al momento dell'intervista.

- 0 - Insight eccellente:** completamente razionale.

- 1 - Buono:** riconosce prontamente l'assurdità o l'eccesso di pensieri o rituali, ma non sembra eccessivamente convinto che non c'è niente di cui preoccuparsi dietro l'ansia che lo assilla.

- 2 - Modesto:** ammette con riluttanza che i pensieri o i rituali sembrano irragionevoli e accessori, ma tentenna. Può avere paure irreali, ma non convinzioni irriducibili (fisse).

- 3 - Scarso:** sostiene che i pensieri o i comportamenti non sono irragionevoli o eccessivi.

- 4 - Assente:** delirante; irriducibilmente convinto che i suoi pensieri e comportamenti sono ragionevoli; non si convince di fronte all'evidenza.

12. EVITAMENTO

D: Ha mai evitato di fare qualcosa, andare in un posto o stare con qualcuno a causa delle sue ossessioni o per incompatibilità con i suoi possibili atti compulsivi?

Se sì, chiedere: “In che misura lo ha evitato?”. Valutare il grado in cui il paziente cerca volontariamente di evitare le cose. Alcune volte le compulsioni sono usate per “evitare” il contatto con qualche cosa che il paziente teme. Ad esempio, rituali di lavaggio di vestiti dovrebbero essere considerati come compulsioni e non come comportamento di evitamento. Se il paziente smette di far lavare i vestiti, allora questo costituirebbe evitamento.

- 0 - Nessun** evitamento.

- 1 - Lieve,** minimo evitamento.

- 2 - Moderato** evitamento, chiaramente presente.

- 3 - Evitamento grave.**

- 4 - Evitamento molto esteso:** il paziente evita praticamente ogni cosa che può scatenare i sintomi.

13. GRADO DI INDECISIONE

D: Ha difficoltà nel prendere decisioni di poco conto che altre persone sanno prendere senza pensarci due volte (ad esempio, quale vestito indossare al mattino)?

Escludere le difficoltà nel prendere decisioni che riflettono ruminazioni mentali. Anche l'ambivalenza riguardante scelte razionalmente difficili deve essere esclusa.

0 - Nessuno.

1 - Lieve: qualche problema nel prendere decisioni di poco conto.

2 - Moderato: liberamente riferisce problemi nel prendere decisioni sulle quali altri non penserebbero due volte.

3 - Grave: continui dubbi circa il pro e il contro per cose non essenziali.

4 - Gravissimo: incapace di prendere qualsiasi decisione.

14. ECCESSIVO SENSO DI RESPONSABILITÀ

D: Tende ad autorimproverarsi per i risultati di eventi non completamente sotto il suo controllo? Si sente responsabile per ciò che accade agli altri?

0 - Nessuno.

1 - Lieve: lo riferisce solo se interrogato; senso di responsabilità lievemente in eccesso.

2 - Moderato: le idee sono manifestate spontaneamente. Il paziente esperisce un significativo senso di responsabilità per eventi fuori dal suo ragionevole controllo.

3 - Grave: le idee sono preminenti e invasive. Profondamente preoccupato di essere responsabile per eventi chiaramente al di fuori del suo controllo. Autobiasimo quasi irrazionale.

4 - Gravissimo: senso di responsabilità delirante (ad es., se un terremoto si verifica a 3000 miglia di distanza, il paziente se ne autorimprovera perché non ha eseguito i suoi rituali).

15. LENTEZZA-INERZIA PATOLOGICHE

D: Ha mai difficoltà a iniziare o finire un lavoro perché deve fare le cose molto accuratamente? Ha bisogno di più tempo del necessario per i lavori di routine?

Distinguere dal rallentamento psicomotorio secondario alla depressione.

Valutare l'aumento del tempo impiegato nell'eseguire attività di routine anche quando non possono essere identificate specifiche ossessioni.

0 - Nessuna.

1 - Lieve: occasionale ritardo nel cominciare o finire.

2 - Moderata: frequente prolungamento delle attività di routine, ma i lavori sono ugualmente completati. Ritardi frequenti.

3 - Grave: difficoltà grave e marcata a iniziare e completare i lavori di routine. Sempre in ritardo.

4 - Gravissima: incapace di iniziare e completare i lavori di routine senza una completa assistenza.

16. DUBBIO PATOLOGICO

D: Trova di non doversi fidare della sua memoria o di essere insicuro delle sue percezioni? (ad esempio, di quel che vede o sente?) Quanto la disturbano i dubbi?

0 - Assente.

1 - Lieve: lo riferisce solo se interrogato; debole senso di dubbio.

2 - Moderato: le idee vengono manifestate spontaneamente, chiaramente presente. Il paziente è disturbato da dubbi in modo significativo. Qualche conseguenza sulle proprie prestazioni, ma il tutto è ancora gestibile.

- 3 - Grave:** incertezza intorno alle percezioni o alla memoria. Frequentemente i dubbi interessano le prestazioni.
- 4 - Gravissimo:** incertezza per le proprie percezioni costantemente presente. I dubbi coinvolgono quasi tutte le attività; il paziente afferma che la sua mente dubita di ciò che vedono i suoi occhi.

17. GRAVITÀ GLOBALE

Giudizio dell'intervistatore sulla gravità globale della malattia del paziente. Valutare da "0" (nessuna malattia) a "6" (il paziente più grave mai visto). Considerare il grado di disagio riferito dal paziente, i sintomi osservati e il disadattamento funzionale riportato. Il giudizio è richiesto tanto sulla media di questi dati, così come sulla valutazione della validità e dell'accuratezza dei dati ottenuti. Il giudizio è basato sulle informazioni ottenute durante l'intervista.

0 - Non malato.

- 1 - Lieve:** malattia leggera, transitoria; nessuna compromissione funzionale.
- 2 - Sintomatologia modesta:** leggera compromissione funzionale.
- 3 - Sintomatologia moderata:** funzionamento sociale faticoso.
- 4 - Sintomatologia moderata/grave:** funzionamento limitato.
- 5 - Sintomatologia grave:** funzionamento sociale possibile solo con assistenza.
- 6 - Sintomatologia gravissima:** adattamento completamente compromesso.

18. MIGLIORAMENTO GLOBALE

Valutare il miglioramento globale al momento attuale in confronto alla valutazione iniziale e se ciò è attribuibile al trattamento farmacologico.

0 - Molto peggiorato.

- 1 - Peggiorato.**
- 2 - Leggermente peggiorato.**
- 3 - Nessun cambiamento.**
- 4 - Leggermente migliorato.**
- 5 - Molto migliorato.**
- 6 - Migliorato moltissimo.**

19. AFFIDABILITÀ

Valutare l'affidabilità dei punteggi ottenuti.

I fattori che possono influenzare l'affidabilità comprendono la cooperazione del paziente, la sua capacità di comunicazione. Il tipo e la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi possono interferire con la concentrazione del paziente, l'attenzione o la libertà di parlare spontaneamente (per esempio, il contenuto di certe ossessioni può causare la scelta molto accurata, da parte del paziente, di certe parole).

0 - Scarsa, molto bassa affidabilità.

- 1 - Modesta** affidabilità.
- 2 - Buona** affidabilità.
- 3 - Eccellente** affidabilità. Nessuna ragione per dubitare dei dati ottenuti.

YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE

Y-BOCS - # 590

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

CHECKLIST OSSESSIONI E COMPULSIONI

Per ogni voce indicare se è presente (VERO = 1) o assente (FALSO = 2) sia attualmente che in passato.

| | ATTUALE | | PASSATO | |
|--|---------|-------|---------|-------|
| | VERO | FALSO | VERO | FALSO |
| OSSESSIONI AGGRESSIVE: | | | | |
| Timore di fare del male agli altri | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di fare del male a sé | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Immagini violente o terrificanti | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di lasciarsi sfuggire oscenità o insulti | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di fare qualcosa di imbarazzante | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di mettere in atto altri impulsi (ad es., derubare una banca, compiere furti nei supermercati, ingannare il cassiere...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di essere responsabile di cose che stanno andando male (ad es., fallimento dell'azienda in cui lavora...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore che possa accadere qualcosa di terribile (ad es., un incendio, un furto con scasso, la morte o una malattia di parenti/amici, superstizioni varie...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI DI CONTAMINAZIONE: | | | | |
| Preoccupazioni o disgusto riguardanti perdite o secrezioni corporali (urine, feci, saliva...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Preoccupazione riguardante sporcizia o germi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Preoccupazione eccessiva riguardante contaminanti ambientali (ad es., asbesto, radiazioni, gas tossici...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Preoccupazione eccessiva relativa a oggetti domestici (ad es., detersivi, solventi, animali domestici...) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Preoccupazione di ammalarsi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Preoccupazione di fare ammalare altre persone (in senso eteroaggressivo) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |

| | ATTUALE | | PASSATO | |
|--|---------|-------|---------|-------|
| | VERO | FALSO | VERO | FALSO |
| OSSESSIONI SESSUALI: | | | | |
| Pensieri, immagini o impulsi sessuali proibiti o perversi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Contenuto riguardante bambini | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Contenuto riguardante animali | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Contenuto incestuoso | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Contenuto omosessuale | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Comportamento sessuale rivolto verso gli altri (in senso eteroaggressivo) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI DI ACCUMULO/COLLEZIONE: | | | | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI RELIGIOSE: | | | | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI CON NECESSITÀ DI SIMMETRIA, ESATTEZZA O ORDINE: | | | | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI VARIE: | | | | |
| Necessità di conoscere o ricordare | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di dire certe cose | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Timore di non dire le cose esattamente | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Immagini intrusive (neutre) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Suoni, parole o musica intrusive prive di significato ... | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Numeri fortunati/sfortunati | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Colori con significato speciale | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |
| OSSESSIONI SOMATICHE: | | | | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 |
| COMPULSIONI DI PULIZIA/LAVAGGIO: | | | | |
| Lavaggi delle mani eccessivi o ritualizzati | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Fare la doccia, il bagno, lavarsi i denti o strofinarsi in modo eccessivo o ritualizzato | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Compulsioni riguardanti la pulizia di oggetti casalinghi o di altri oggetti inanimati | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altri provvedimenti per rimuovere il contatto con i contaminanti | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altri provvedimenti per rimuovere i contaminanti | 1 | 2 | 1 | 2 |

| COMPULSIONI DI CALCOLO: | ATTUALE | | PASSATO | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| | VERO 1 | FALSO 2 | VERO 1 | FALSO 2 |
| COMPULSIONI DI CONTROLLO: | | | | |
| Controllo di porte, serrature, stufe, apparecchi di uso domestico, freno di emergenza dell'auto, ecc. | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Controllare di non aver fatto, o di stare per fare, male agli altri | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Controllare di non aver fatto, o di stare per fare, male a se stessi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Controllare che non stia per accadere qualcosa di terribile | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Controllare la presenza di contaminanti | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |
| RITUALI DI RIPETIZIONE: | | | | |
| Entrare/uscire dalla porta, alzarsi e risedersi sulla sedia | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altri | 1 | 2 | 1 | 2 |
| COMPULSIONI DI RIORDINAMENTO/ORGANIZZAZIONE: | 1 | 2 | 1 | 2 |
| COMPULSIONI DI ACCUMULO/ COLLEZIONE: | 1 | 2 | 1 | 2 |
| COMPULSIONI SOMATICHE: | 1 | 2 | 1 | 2 |
| COMPULSIONI VARIE: | | | | |
| Rituali mentali (diversi dal controllare/contare)..... | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Bisogno di dire, chiedere o confessare | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Bisogno di toccare | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Provvedimenti per prevenire: | | | | |
| - eventi negativi a se stessi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| - (non controllando) eventi negativi agli altri | 1 | 2 | 1 | 2 |
| - conseguenze terribili | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Altre | 1 | 2 | 1 | 2 |

AGORAPHOBIA RATING SCALE

ARS - # 560

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

A - MODI DI SPOSTAMENTO

La scala valuta l'intensità della paura e la presenza di evitamento in diverse situazioni di spostamento. Assegnare un punteggio separato all'intensità della paura e/o all'evitamento distinguendo i casi in cui lo spostamento viene effettuato "da solo" e/o "accompagnato" nelle situazioni proposte di seguito.

PAURA o ANSIA:

0 = Nessuna
1 = Lieve
2 = Moderata
3 = Forte
4 = Estrema

EVITAMENTO

0 = Mai
1 = Raramente
2 = Qualche volta
3 = Di frequente
4 = Sempre

| | da solo | accompagnato | da solo | accompagnato |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Andare in giro a piedi | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Andare in giro in macchina: | | | | |
| a. in città | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. fuori città | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c. in autostrada | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Prendere l'autobus | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Prendere la metropolitana | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Prendere il treno | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Prendere l'aereo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTALE MODI SPOSTAM. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

B - AREA DI SPOSTAMENTO

Quanto ha paura delle seguenti situazioni e quanto cerca di evitarle? Assegnare un punteggio separato alla paura/ansia e all'evitamento, distinguendo tra quando queste situazioni sono affrontate dal paziente "da solo" e quando è "accompagnato".

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Uscire di casa | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Muoversi nel quartiere | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Muoversi nella città/paese | | | | |
| a. tragitti fissi | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. liberamente | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Spostarsi fuori città/paese | | | | |
| a. tragitti fissi | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. liberamente | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Viaggi | | | | |
| a. senza pernottamento | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. con pernottamento | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTALE MODI SPOSTAM. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PUNTEGGIO TOTALE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX

PSQI - # 925

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI:

Le domande che seguono si riferiscono alle sue abitudini di sonno soltanto durante il mese passato. Le sue risposte dovrebbero essere quanto più accurate possibile per la maggior parte dei giorni e delle notti del mese passato. Cerchi di rispondere a tutte le domande.

1. Durante il mese passato, a che ora è andato a letto, di solito?

ORA IN CUI VA A LETTO: _____

2. Durante il mese passato, quanto tempo (in minuti) gli è occorso, in generale, per prendere sonno?

NUMERO DI MINUTI: _____

3. Durante il mese passato, a che ora si è alzato, di solito, al mattino?

ORA A CUI SI È ALZATO: _____

4. Durante il mese passato, quante ore di sonno effettivo ha dormito alla notte? (Questo può essere diverso dal numero di ore trascorse a letto)

ORE DI SONNO PER NOTTE: _____

Per ciascuna delle seguenti domande, indichi la risposta più adatta alla sua realtà. Risponda, per favore, a tutte le domande.

5. Durante il mese passato, con quale frequenza ha avuto difficoltà di sonno poiché...

a) Non riusciva ad addormentarsi entro 30 minuti

Mai durante
il mese passato __

Meno di una volta
alla settimana __

Una o due volte
alla settimana __

Tre o più volte
alla settimana __

b) Si svegliava nel mezzo della notte o presto al mattino

Mai durante
il mese passato __

Meno di una volta
alla settimana __

Una o due volte
alla settimana __

Tre o più volte
alla settimana __

c) Doveva alzarsi per andare in bagno

Mai durante
il mese passato __

Meno di una volta
alla settimana __

Una o due volte
alla settimana __

Tre o più volte
alla settimana __

d) Non riusciva a respirare in maniera soddisfacente

Mai durante
il mese passato __

Meno di una volta
alla settimana __

Una o due volte
alla settimana __

Tre o più volte
alla settimana __

| | | | |
|---|--|--|--|
| e) Tossiva o russava rumorosamente | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| f) Sentiva troppo freddo | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| g) Sentiva troppo caldo | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| h) Faceva brutti sogni | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| i) Aveva dolori | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| j) Altra/e ragione/i (descrivere: _____) | | | |
| Con quale frequenza, nel corso dell'ultimo mese, ha avuto difficoltà a dormire per questo? | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| 6. Come giudica, globalmente, la qualità del suo sonno durante il mese scorso? | | | |
| Molto buona __ | Abbastanza buona __ | Abbastanza cattiva __ | Molto cattiva __ |
| 7. Nel corso del mese passato, con quale frequenza ha assunto farmaci (prescritti o da banco) per migliorare il suo sonno? | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| 8. Nel corso del mese passato, con quale frequenza ha avuto difficoltà a rimanere sveglio durante la guida, mentre mangiava o quando era coinvolto in attività sociali? | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| 9. Nel corso del mese passato, in che misura è stato per lei un problema mantenere abbastanza entusiasmo per fare le cose appropriatamente? | | | |
| Nessun problema __ | Problema molto modesto __ | Un discreto problema __ | Un problema molto serio __ |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 10. Ha un partner di letto o un compagno di stanza? | | | |
| Nessun partner o compagno __ | Partner o compagno in altra stanza __ | Partner nella stanza ma non nel letto __ | Partner nello stesso letto __ |
| Se lei ha un compagno di stanza o un partner di letto, gli chiedo con quale frequenza, nel corso del mese passato, lei... | | | |
| a) Russava rumorosamente | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| b) Aveva lunghe pause del respiro mentre dormiva | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| c) Aveva contrazioni o scosse delle gambe mentre dormiva | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| d) Aveva episodi di disorientamento o di confusione durante il sonno | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |
| e) Altri tipi di agitazione mentre dormiva (descrivere: _____ _____) | | | |
| Mai durante il mese passato __ | Meno di una volta alla settimana __ | Una o due volte alla settimana __ | Tre o più volte alla settimana __ |

Ringraziamenti

Per questo lavoro tengo a ringraziare la Dottoressa Laura Palagini, supervisore clinico dello studio. Il Professor Mario Guazzelli che, oltre ad essere importante riferimento nella supervisione relativa allo studio, è stato mio referente negli anni del dottorato. Un grazie va al Dottor Paolo Piaggi, le cui abilità statistiche vanno ben oltre la semplice competenza. Un sentito grazie va anche al Dottor Danilo Menicucci per l'aiuto nell'elaborazione statistica. Voglio ringraziare, in modo particolare, il Dottor Claudio Gentili, ricercatore di grande intuito clinico e di indubbia conoscenza. Semplicemente insostituibile. Per i preziosi suggerimenti e per l'incommensurabile disponibilità e competenza, grazie a cui ho potuto portare a termine la stesura del lavoro.

E, naturalmente, il Dottor Angelo Gemignani, mio relatore di tesi. Per avermi seguito ed essere stato un punto di riferimento fondamentale, sempre puntuale e brillante in osservazioni e critiche, che mi hanno permesso di crescere e fare tesoro di questa esperienza di lavoro.